

Anniina Jaakkola
Katariina Kajo

Rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta poliklinikoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyö

17.11.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anniina Jaakkola, Katariina Kajo Rintasyöpäpotilaan kokemukset saamastaan ohjauksesta poliklinikoilla 34 sivua + 2 liitettä 16.11.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtT Minna Elomaa-Krapu
<p>Opinnäytetyömme aiheena oli Rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta poliklinikoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on HYKS:n uuden kehiteillä olevan Syöpäkeskuksen poliklinikkatoiminnan parantaminen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta nykyisessä poliklinikkatoiminnassa. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa miten ohjausta voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin rintasyöpäpotilaiden tarpeita HYKS:n uudessa Syöpäkeskuksessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksella. Kyselylomakkeet jaettiin HYKS sädehoito-osastolla maaliskuun huhtikuun välisenä aikana. 50 jaetusta kyselylomakkeesta takaisin palautui 25 kappaletta. Aineistoanalysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmaa, sekä excel -taulukointia.</p> <p>Tutkimusaineiston keruun teimme monien eri tieteellisten tutkimusten tutkimustuloksista. Opinnäytetyömme kyselylomakkeista saamamme tieto tukee hyvin paljon jo valmiiksi tutkittuja tuloksia. Tuloksissa esille nousi emotionaalisen tuen tarve sekä lääkäreiden, että hoitajien ohjaustilanteissa. Sekä lääkäreiden, että hoitajien tulisi myös kiinnittää huomioita vertaistuesta kertomiseen esimerkiksi syöpäjärjestöt. Puutteelliseksi koettiin myös seksuaaliohjaus.</p>	
Avainsanat	rintasyöpä, poliklinikka, potilasohjaus

Authors Title	Anniina Jaakkola, Katariina Kajo Experiences of breast cancer patient management in polyclinics
Number of Pages Date	34 pages + 2 appendices 17 November 2015
Degree	Bachelor of health care
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Project Manager Minna Elomaa-Krapu TtT:
<p>This thesis studies the guidance received by breast cancer patients and polyclinics. The goal of this thesis is improvement of the polyclinical management of patients in the new HYKS cancer center. Our thesis studies the experiences of breast cancer patients about their guidance under the current polyclinical management. This information will be used to develop the patient management in the new HYKS cancer center.</p> <p>This thesis was done by means of quantitative research. Questionnaires were given to HYKS radiotherapy ward in March-April of 2015. Of the 50 questionnaires distributed 25 were returned. The material was analysed using IBM SPSS Statistics 21 – software and Excel.</p> <p>We quoted multiple researches to support our research data. The information received from the questionnaires supports the findings done in previous researches. Findings highlighted the patients need for emotional support from doctors and nurses in guidance situations. Both doctors and nurses should also provide sufficient information about support groups and cancer organisations to the patient. Also deficiencies were spotted in sexual guidance and support of breast cancer patients.</p>	
Keywords	Breast cancer, polyclinic, patient management

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Syövän syntymekanismi	2
2.1.1	Oireet ja diagnoosi	3
2.1.2	Ennuste ja ehkäisevät tekijät	4
2.2	Rintasyöpään sairastuminen ja syövän aiheuttamat riskit	4
2.3	Rintasyövän hoito	6
2.3.1	Leikkaushoito	6
2.3.2	Sädehoito	7
2.3.3	Solunsalpaajahoito	8
2.3.4	Hormonaalinen hoito	9
2.4	Rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen	9
2.5	Rintasyöpäpotilaan ohjaaminen	10
2.5.1	Läheisen huomiointi rintasyöpäpotilaan ohjauksessa	12
2.5.2	Seksuaaliohjaus	13
2.5.3	Puhelinohjaus	15
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	16
4	Opinnäytetyön empiirinen toteutus	16
4.1	Määrällinen tutkimus	16
4.2	Kyselylomake ja sen laadinta	17
4.3	Aineiston keruu	18
5	Tulokset	19
5.1	Osallistujien kuvaus	19
5.2	Tulosten kuvaus	19
5.2.1	Ilmoittautuminen poliklinikalle sekä ympäristö poliklinikoilla	19
5.2.2	Lääkärin vastaanottokäynti	20
5.2.3	Hoitajan vastaanottokäynti	22
5.2.4	Seksuaaliohjaus	24
5.2.5	Puhelinohjaus	25
5.3	Avoimet osiot	26
6	Pohdinta	26

6.1 Opinnäytetyön eettisyys	28
Lähteet	30
Liitteet	
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Kyselylomake	

1 Johdanto

Syöpien määrä on jatkuvasti kasvussa ja syöpärekisterin toiminnan aikana vuodesta 1953 lähtien syöpien määrä on kolminkertaistunut Suomessa. Samalla, kun syöpätapausten määrä on jatkuvasti kasvanut, ovat myös syöpätyyppien ilmaantuvuudet muuttuneet. Syöpä koskettaa suurta osaa väestöstä jossakin vaiheessa elämänkaarta henkilökohtaisesti tai välillisesti. Syöpä on myös joka viidennen suomalaisen kuoleman perussyynä. (Pukkala – Dypa – Hakulinen – Sankila 2006: 6-7; Pukkala – Sankila – Rautalahti 2011: 28 - 29.)

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpä. Rintasyöpään sairastuu arvioilta noin joka yhdeksäs nainen. Vuonna 2012 todettiin 4 694 uutta rintasyöpätapausta. Arviolta 15-20 tapausta todettiin miehillä. (Huovinen 2013; Syöpäjärjestöt 2013 c.) Rintasyöpätapausten määrä on jatkuvasti kasvanut. Vuodesta 1987 rintasyöpien ilmaantuvuus on noussut 10%:lla. (Pukkala ym. 2011: 32.)

Syöpähoidot ovat kehittyneet paljon viimeisen vuosikymmenen aikana. Syöpä ei ole enää automaattisesti kuolemaan johtava sairaus. Nykyisin suuri osa potilaista elää normaalia elämää hoitojen päätyttyä. (Pukkala ym. 2006: 12 - 13.) Syövän hoidossa käytetään pääsääntöisesti leikkaushoitoa, solunsalpaajia, sädehoitoa, biologisia hoitoja sekä hoitomuotojen yhdistelyä. (Pukkala ym. 2011: 57). Suomessa syöpähoitojen tulokset ovat maailmanlaajuisesti huippuluokkaa. (Syöpäjärjestöt 2013 a).

Syöpään liittyy vahvasti vanhentuneita uskomuksia sekä pelkoja. (Eriksson – Kuuppelomäki 1999: 22—23). Syöpädiagnoosi aiheuttaa usein kriisin ja erilaisten tunteiden vaihtelu on tavallista. Sairastunut voi tuntea vihaa, surua, pelkoa sekä ahdistusta. Hän saattaa kiistää koko sairauden olemassaolon. (Syöpäjärjestöt 2013 a.) Syöpään sairastunut käy usein läpi selviytymisprosessin ja kriisiteorian vaiheet. (Eriksson – Kuuppelomäki 1999: 51.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on HYKS:in uuden kehitteillä olevan Syöpäkeskuksen poliklinikkatoiminnan kehittäminen. Uuden Syöpäkeskuksen rakentaminen on HYKS:in kallein hanke tähän mennessä. Uusiin tiloihin sijoitetaan poliklinikka, päiväsairaala ja vuodeosastot. Parannuksilla HYKS tavoittelee magneettisairaala-nimikettä. Tämä tar-

koittaa sitä, että uusien tilojen rakentamisen lisäksi sairaalan toiminnan periaatteet uudistuvat ja toiminnassa pyritään ottamaan entistäkin paremmin potilaat huomioon. Samalla kiinnitetään huomiota hoitohenkilökunnan jatkuvaan kouluttamiseen ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Uuden Syöpäkeskuksen kehittämishankkeeseen tehdään useampi opinnäytetyö sairaalan eri toimialoista.

Opinnäytetyömme tullaan tekemään HYKS:in rintasyöpää sairastaville potilaille. Aineiston keruu tapahtuu HYKS:in Sätehoito-osastolla. Toivomme saavamme mahdollisimman laajan tietopohjan kyselylomakkeen avulla. Työn etenemisen kannalta tärkeää on, että saamme mahdollisimman paljon tietoa jo poliklinikkatoimintaan osallistuneiden potilaiden kanssa tehdyistä tutkimuksista. Työelämäyhteys meillä on yhdelle HYKS:n syöpätautien poliklinikalle. Opinnäytetyön tutkimustuloksia pyritään hyödyntämään uuden Syöpäkeskuksen suunnittelussa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta nykyisessä poliklinikkatoiminnassa. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa miten ohjausta voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin rintasyöpäpotilaiden tarpeita HYKS:in uudessa Syöpäkeskuksessa.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

2.1 Syövän syntymekanismi

Syöpä on yleisnimi pahanlaatuiselle kasvaimelle, jonka ominaispiirre on hallitsematon jakautuminen. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000: 12.) Elimistössä tapahtuu jatkuvasti solujen jakautumista. Jokainen solun jakautuminen alkaa solun perimän eli DNA:n kahdentumisella. Kahdentumisella tarkoitetaan solun perimän virheetöntä kopioitumista. Jos kahdentumisen aikaan syntyy virhe saattaa solusta muodostua syöpäsolu. Tällöin solu alkaa jakautua nopeammin, kun soluja kuolee. Vähitellen alkaa muodostua kasvava solumassa eli kasvain. (Sand ym. 2011: 57-59.)

Syöpäkasvaimen erottaa hyvänlaatuisesta kasvaimesta sen kyky levitä alkuperäisestä kasvupaikastaan eli primaarikasvaimestaan kehon muihin osiin. Tällöin syöpäkasvaimesta irtoaa mutaation vaurioittamia soluja, jotka voivat siirtyä veren ja imunesteen

mukana muualle elimistöön. Uudessa paikassaan solut jatkavat hallitsematonta jakautumista ja muodostavat etäpesäkkeen eli metastaasin. Jatkuvasti kasvava syöpäkasvain tuhoaa ympäröivää tervettä kudosta ja aiheuttaa lopulta läheisen elimen toimintahäiriön. (Sand ym. 2011: 57-59.; Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 12). Kaikki normaalit solut voivat muuttua syöpäsoluksi. Monet tekijät kuitenkin vaikuttavat siihen muuttuuko solu syöpäsoluksi, näitä tekijöitä ovat esimerkiksi biologiset tekijät, sisäiset tekijät, ympäristötekijät, työperäiset altisteet ja elintapoihin liittyvät tekijät. (Pukkala ym. 2011:10.)

Edellä mainituista sisäiset tekijät ja elintapa tekijät ovat merkittävimpiä syövän syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Sisäisillä tekijöillä tarkoitetaan periytyviä ja ikääntymiseen liittyviä ominaisuuksia, jotka edesauttavat syövän syntymistä. Ikääntyminen on kuitenkin näistä merkittävin tekijä. Ihmisen ikääntyessä syövän riski kasvaa. Alle 40-vuotiailla esiintyy harvoin syöpää, mutta riski sairastua syöpään kasvaa merkittävästi 40 ikävuoden jälkeen. (Pukkala ym. 2011: 10-37.) Yli 60 % uusista syöpätapauksista todetaankin yli 65-vuotiailla. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000:13). Ihminen pystyy elintavoillaan vaikuttamaan esimerkiksi siihen, kuinka paljon hän saa karsinogeeniä elinympäristöstään. (Syöpäjärjestöt 2013 b.) Karsinogeenit edistävät syöpien muodostumista aiheuttamalla mutaatiota solun kasvua säätelevissä geeneissä. (Sand ym. 2011: 59). Karsinogeenista eli syöpää aiheuttavista tekijöistä tunnetuimpia ovat muun muassa säteily, eräät metallit, mikrobit kuten helikobakteeri, elinolosuhteet sekä elintavat, esimerkiksi tupakointi. (Lehto – Stenbäck 2012.) Tupakoinnin on todettu olevan syynä lähes kolmasosassa kaikista syöpätapauksista. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000:15).

Rintasyöpää esiintyy harvoin alle 30-vuotiailla. Sen ilmaantuvuus kasvaa 45-ikävuoden jälkeen. (Huovinen 2013.) Rintasyövän toteamisen keski-ikä on 60 vuotta. (Vehmanen 2012 b.) Rintasyöpää esiintyy harvinaisissa tapauksissa myös miehillä. Vuosittain todetaan noin 15-20 miesten rintasyöpätapausta. (Syöpäjärjestöt 2013 c.)

2.1.1 Oireet ja diagnoosi

Rintasyövän oireiden kirjo on laaja. Tyypillisin oire on rinnassa tuntuva, usein kivuton, kyhmy. Muita oireita ovat olla muun muassa ihon tai nännin sisään vetäytyminen, ihottuma, kipu, sekä kyhmy kainalossa. Usein rintasyöpä löydetään silloin kun nainen tulee tutkimuksiin löydettyään itse kyhmyn rinnasta tai kainalosta. (Syöpäjärjestöt 2013 c)

Epäiltäessä rintasyöpää potilas lähetään rinnan röntgeniin eli mammografiaan. Mammografian tulosten perusteella voidaan määrittää tarkemmat tutkimukset kuten UÄ-tutkimus, magneettitutkimus, neulanäyte tai koepala. (Huovinen 2013.)

2.1.2 Ennuste ja ehkäisevät tekijät

Rintasyövän ennuste riippuu pitkälti siitä mitä tyyppiä syöpä on ja missä vaiheessa rintasyöpä todetaan. (Vehmanen 2012 b). Rintasyöpätapausten määrän jatkuvasti kasvavassa ennusteet parantuvat ja hoitotulokset Suomessa ovat erinomaisia. (Leidenius – Jonsuu 2010.) Uusien hoitomenetelmien ja seulontojen ansiosta lähes yhdeksän kymmenestä potilaasta on elossa viiden vuoden kuluttua taudin toteamisen jälkeen. Osa heistä on parantunut kokonaan ja osalla syöpä on uusiutunut etäpesäkkeenä tai paikallisesti. (Vehmanen 2012 b.)

Rintasyövän vaaraa pienentäviä tekijöitä ovat mm. liikunta, ensisynnytys nuorella iällä, rintojen poisto, useat täysiaikaiset raskaudet sekä munasarjojen hormonituotannon lopettaminen. (Huovinen 2013.)

2.2 Rintasyöpään sairastuminen ja syövän aiheuttamat riskit

Syöpään sairastuminen aiheuttaa vakavan kriisin ihmisen elämässä. Normaalina on, että potilas voi aluksi pyrkiä pitämään todellisuutta loitolla ja käyttää erilaisia psyykkisiä puolustuskeinoja, kunnes hän vähitellen alkaa kohdata todellisuuden ja sopeutua siihen. (Mesiäislehto-Soukka – Paavilainen – Rajamäki 2004: 28.) Yksi tärkeä hoidonlaadun indikaattori on potilaalle muodostuneet omat kokemukset aikaisemmista hoitokokemuksista. (Eloranta - Katajisto - Leino-Kilpi - Savunen 2009: 13).

Potilastyytyväisyysmittarit on rakennettu mittaamaan useaa eri osa-aluetta. Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa karkeasti kahdeksaan ryhmään: ammatillistekninen osaaminen, prosessi- ja rakenteelliset tekijät, fyysinen ympäristö, inhimillinen kanssakäyminen, vuorovaikutus ja potilasopetus, osallistuminen, potilaan odotukset ja potilaaseen itseensä liittyvät tekijät. (Suhonen – Välimäki – Österberg 2004: 22-27.)

Kriisi voi syntyä monesta eri syystä. Kriisit voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri ryhmään: kehityskriisi, elämänkriisi ja traumaattinen kriisi. Traumaattiselle kriisille on tunnusomaista sen ennustamattomuus. Rintasyöpään sairastuminen aiheuttaa sairastuneessa traumaattisen kriisin. (Cullberg 1993: 22-29.)

Cullbergin tunnetun kriisiteorian mukaan kriisissä on neljä vaihetta. Kriisin vaiheet ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, korjaamisvaihe sekä uudelleensuuntautumisen vaihe. Vaiheet eivät aina etene järjestyksessä vaan potilas saattaa työstää useampaa vaihetta yhtä aikaa. (Cullberg 1993: 22-29.)

Shokkivaihe käynnistyy usein ennustamattoman järkyttävän tapahtuman myötä. Järkyttävän tapahtuman tunnusomaisia piirteitä ovat kontrolloimattomuus, uhka ja muutos. Psykkisen shokin tarkoituksena on suojata henkilöä sellaiselta tiedolta mitä ihminen ei pysty käsittelemään. (Saari 2011.)

Shokkivaiheessa järkyttävä tapahtuma pyritään kieltämään. Ulospäin henkilö saattaa vaikuttaa hyvinkin rauhalliselta ja tyyneltä. Hänellä saattaa esiintyä myös poikkeavaa käyttäytymistä kuten itkua, naurua tai huutoa. Shokkivaiheen olotilaa leimaa voimakas tunteiden vaihtelu. Tällöin voi esiintyä voimattomuutta, tuskaisuutta ja suoranaista paniikkia. Tällöin tilanne voidaan kokea ylivoimaisena. Shokkivaiheessa on tyypillistä, että mikään annettu informaatio ei tavoita henkilöä. Shokkivaiheen kesto riippuu henkilöstä ja se voi vaihdella tunteista jopa päiviin. (Roti – Ihanus 1997: 66; Cullberg 1993: 22-29.)

Reaktiovaiheen tarkoituksena on tuoda järkyttävä tapahtuma tietoisuuteen. Tällöin henkilö pyrkii etsimään vastauksia ja merkitystä. (Saari 2011). Reaktiovaiheessa esiintyy voimakkaita tunteita kuten surua, vihaa, ahdistusta, masentuneisuutta ja syyllisyyttä. Reaktiovaiheessa tapahtunutta aletaan uskoa todeksi. Tyypillistä reaktiovaiheelle on etsiä syitä tapahtuneelle ja erilaiset kysymykset, kuten miksi ovat tavallisia. Tällöin voi myös esiintyä syytelyä ja itsekästä käytöstä. Reaktiovaihe voi kestää viikoista kuukausiin. (Roti – Ihanus 1997: 66-67; Cullberg 1993: 22-29.)

Korjaamisvaiheessa käsittely ja sopeutuminen järkyttävään tapahtumaan alkavat. Surua ei enää kielletä, pelkoja ja traumoja aletaan työstämään. (Saari 2011.) Ihminen alkaa vähitellen hyväksyä tapahtuneen. Tapahtuneeseen luodaan etäisyyttä sekä elämänar-

voja pohditaan uusiksi. Ihminen alkaa keskittyä tulevaisuuteen. Korjaamisvaiheessa pyritään myös usein hakemaan ratkaisumalleja tilanteeseen. (Roti – Ihanus 1997: 66-67; Cullberg 1993: 22-29.)

Viimeinen vaihe on uudelleensuuntautumisen vaihe. Uudelleensuuntautuminen kestää Cullbergin mukaan loppuelämän ajan. Tällöin tapahtuma hyväksytään osaksi elämää. Tunteita voidaan käsitellä avoimesti vaikka ne tuntuisivat tuskallisilta. (Roti – Ihanus 1997: 66-67.: Cullberg 1993: 22-29.)

Hoito henkilökunnan on oltava tietoinen syövän ja sen aiheuttaman kriisin vaiheista, jotta potilaalle voidaan antaa tietoa oikeaoppisesti. Oikeaoppisuudella tarkoitetaan sitä, että ohjauksen tarve määritellään potilaan lähtökohdista. Merkityksellistä on tieto siitä kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän tietää sairaudestaan. Hoitajalla tulisi myös olla myös herkkyyys havaita missä kriisiteorian vaiheessa potilas on. (Eloranta - Virkki 2011: 26 - 32.)

Sosiaalinen tuki luetaan yhdeksi ihmisen tärkeimmäksi ulkoiseksi selviytymisvoimavaraksi, jonka vastaanottaminen ja etsiminen ovat osa selviytymisprosesseja. Emotionaalisella tuella ymmärretään toisen henkilön välittämisen ja rakastamisen osoittamista. Siihen kuuluu myös luottaminen, arvostaminen ja kannustaminen. Konkreettisella tuella tarkoitetaan suoraa auttamista ja avustamista, kuten tietoa, aikaa ja rahaa. Tiedollinen tuki puolestaan kattaa käsitteenä päätöksenteon tukea, kuten tiedon, palautteen ja suositusten antamista, sekä ohjaamista. (Harju – Rantanen – Tarkka – Åstedt-Kurki 2011: 219.)

2.3 Rintasyövän hoito

2.3.1 Leikkaushoito

Leikkauksella pyritään poistamaan syöpäkudos rinnasta ja kainalosta. Leikkausmuotoja on useita. Leikkausmuoto valitaan tapauskohtaisesti. Leikkaus pyritään aina esisijaisesti tekemään rintaa säästävästi. (Syöpäjärjestöt 2013 d.) Rintaa säästävä leikkausmenetelmä edellyttää kasvaimen pientä kokoa ja matalaa riskiä uusiutua. Vasta-aiheita sääs-

tävälle leikkaukselle ovat useat syöpäpesäkkeet rinnassa, kasvaimen suuri koko ja korkea uusiutumisriski. Säästävä leikkaus on mahdollinen suurelle osalle potilaista. (Vehmanen 2012 a.)

Säästävässä leikkauksessa käytetään tavallisimmin segmenttiresektiota. Segmenttiresektiossa kasvain poistetaan ja sen ympäriltä tervettä kudosta vähintään 2cm. Segmenttiresektiossa poistetaan myös ala- ja keskikainalon imusolmukkeet sekä kainalon kärjen imusolmukkeita. (Syöpäjärjestöt 2013 d.) Rintaa säästävän leikkauksen yhteydessä voidaan rintaan tehdä muovaus tai pienennysleikkaus. Yleensä samanlainen leikkaus tehdään myös toiseen rintaan symmetrian saavuttamiseksi. Säästävän leikkauksen jälkeen suositellaan sädehoitoa, sillä silloin saavutetaan sama eloonjäämisluku kuin rinnan kokopoistossa. (Käypä hoito 2007: 2-5.)

Koko rinnan poistoon päädytään yleensä siinä tapauksessa, että kasvain on suuri, kasvaimia on useita tai leviämisen riski on merkittävä. Muita syitä voivat esimerkiksi olla tulehduksellinen rintasyöpä ja potilaan oma tahto. (käypä hoito 2007: 5.)

Mikäli päädytään poistamaan toinen tai molemmat rinnat on potilaalla mahdollisuus saada rekonstruktio eli rinnan korjausleikkaus. Leikkauksen avulla saavutetaan kosmeettinen hyöty ja potilaan ei tarvitse käyttää irtoproteesia. (Jahkola – Kuokkanen 2007).

Kainalojen imusolmukkeiden tila selvitetään mahdollisuuksien mukaan vartijaimusolmukeleikkauksella. Mikäli kainalon vartijaimusolmukkeissa todetaan yksittäisiä syöpäsoluja tai etäpesäke suositellaan kainalon tyhjennystä. (Käypä hoito 2007: 2-6) Kainalon tyhjennyksessä poistetaan kainalorasvan mukana suuri osa alueen imusolmukkeista. Kainalon tyhjennyksellä on negatiivisia vaikutuksia potilaan elämään sillä riskit yläraajan turvotukseen, kainalon kiputiloihin ja tuntohäiriöihin kasvavat merkittävästi. (Vehmanen 2012 a.)

2.3.2 Sädehoito

Sädehoidolla pyritään ionisoivan säteilyn avulla vaikuttamaan jakautumisvaiheessa oleviin soluihin ja siten tuhoamaan syöpäsoluja, sekä pienentämään kasvainta. (Hus sädehoito). Rintasyövän hoidossa sädehoitoa voidaan antaa ennen leikkausta jos kasvain on

kookas, leikkauksen jälkeen liitännäishoitona ja palliatiivisessa hoidossa oireiden lievittämiseen. (Huovinen 2013.) Sädehoidolla voidaan siis pienentää kasvainta ja tuhota leikkausalueelle mahdollisesti jäännöksi syöpäsoluja. (Joensuu – Huovinen 2013).

Sädehoitoa annetaan yleensä aina, mikäli on päädytty tekemään rintaa säästävää leikkausta. Tällä pyritään ehkäisemään syövän paikallista uusiutumista. (Huovinen 2013.) Sädehoitoa annetaan myös rinnan koko poiston yhteydessä, mikäli uusiutumisen riski arvelaan kohonneeksi. (Vehmanen 2012 a). Sädehoitoa voidaan antaa myös silloin, kun rintasyöpä on levinnyt laajalle. Palliatiivisen sädehoidon tarkoituksena on lievittää kipua. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000: 98). Sädehoidosta on erityisesti hyötyä kivulioiden luumetastaasien hoidossa. (Joensuu – Huovinen – Leidenius 2013).

2.3.3 Solunsalpaajahoito

Sytostaatit- eli solunsalpaajat estävät solujen jakautumisen jolloin solu kuolee. Syöpäsolut jakautuvat nopeammin kuin tavalliset solut joten ne ovat alttiita solunsalpaajien vaikutukselle. Solunsalpaajat annetaan yleensä laskimon sisäisenä infuusiona, mutta ne voidaan antaa myös suun kautta otettavina tabletteina. Sytostaatit leviävät verenkierron mukana kaikkialle elimistöön ja vaikuttavat myös primaarikasvaimen ulkopuolella. (Syöpäjärjestöt 2013 e.) Solunsalpaajat ovat tehokkaimmillaan kun kasvaimet ovat vielä pieniä. (Johansson 2012).

Rintasyövän hoidossa solunsalpaajia annetaan liitännäishoitona yksin tai yhdessä hormonaalisen hoidon kanssa. (Huovinen 2013). Solunsalpaajia annetaan ennen leikkausta ja/tai sen jälkeen. Ennen leikkausta annettavilla solunsalpaajilla pyritään pienentämään kasvainta ja tarkoituksena on helpottaa leikkausta. Leikkauksen jälkeen annettavaan solunsalpaajahoitoon päädytään silloin, kun kasvain on suuri, se on levinnyt tai uusiutumisen riski on merkittävä. Solunsalpaajia voidaan antaa myös silloin kun on päädytty palliatiiviseen hoitolinjaan. Tällöin solunsalpaajien ensisijainen tavoite on oireiden lievittäminen ja elämänlaadun parantaminen. (Kataja 2008:78.) Mikäli kasvain todetaan er/positiiviseksi, voidaan hoitoon liittää mukaan hormonihoito. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

2.3.4 Hormonaalinen hoito

Osa rintasyövistä on er/pr positiivisia (estrogeenireseptori/progesteronireseptori) tämä tarkoittaa, että kasvain käyttää kasvussaan elimistön omia hormoneja. Hormonihoidon teho perustuu elimistön hormonitoiminnan lopettamiseen, tällöin munasarjojen toiminta lopetetaan lääkkeellisesti. (Syöpäjärjestöt 2013 d.) Hormonihoitoa suositellaan silloin kun rintasyöpäsolut ilmentävät er/pr reseptoreita. (käypä hoito 2007:11)

Potilaille joiden kasvaimen todetaan olevan er/pr positiivinen, suositellaan liitännäishoidoksi hormonihoitoa riippumatta siitä onko potilas alle vaihdevuosi-ikäinen vai vaihdevuodet ohittanut henkilö. (Syöpäjärjestöt 2013 d). Liitännäishoitona hormonihoitoa voidaan antaa solunsalpaajien kanssa tai ilman niitä.(Huovinen 2013). Viiden vuoden pituisen hormonihoidon yhdistäminen solunsalpaajiin vähentää kuolleisuutta noin 50%. (Käypä hoito 2007: 9-11).

2.4 Rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen

Seksuaalisuus on laaja käsite jolle ei ole yksiselitteistä vastausta. WHO on ehdottanut seuraavaa määritelmää:

”Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämänvaiheissa, ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, sukupuolisuhteet ja lisääntymisen. Seksuaalisia kokemuksia ja seksuaalisuuden ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasiat, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Vaikka seksuaalisuus voi pitää sisällään kaikki nämä ulottuvuudet, ihminen ei aina koe tai ilmennä niitä kaikkia. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksessa seksuaalisuuteen.” (WHO2010:16)

Sairastuminen syöpään vaikuttaa seksuaalisuuteen monella eri osa-alueella. Ne voidaan jakaa karkeasti toiminnallisiin ja psyykkisiin ongelmiin. Nämä osa-alueet kuitenkin pitävät sisällään laajempia kokonaisuuksia ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Se kuinka paljon

syöpä ja sen hoidot lopulta vaikuttavat seksuaalisuuteen ovat aina yksilöllisiä. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000:174.)

Rintasyövän vaikutus naisen seksuaalisuuteen on erityisen voimakas, sillä rinnat koetaan suureksi osaksi seksuaalisuutta ja seksuaalista identiteettiä. Rintaleikkaus ja rinnan poisto uhkaavat naisen ruumiillista ja psyykkistä eheyttä. (Joensuu - Resenberg-Ryhänen 2014: 32-33.) Lisäksi rintasyövän liitännäishoidot voivat aiheuttaa esimerkiksi kaljuuntumista, painonnousua ja lymfaödeemaa. Liitännäishoidot vaikuttavat myös lisääntymisterveyteen ja voivat aiheuttaa kuukautishäiriöitä, vaihdevuosisoireita sekä hedelmättömyyttä. (Leidenius – Tasmuth – Jahkola – Saarto – Utriainen - Vaalavirta – Tiitiainen – Idman 2010.)

Sairastuneessa nämä muutokset herättävät pelkoja ja henkistä kärsimystä. Sairastunut voi kokea suoranaisten identiteettikriisin ja kyseenalaistaa naiseutensa, seksuaalisuutensa, sekä kykynsä rakastaa ja tulla rakastetuksi. Muutokset heijastuvat tällöin myös parisuhteeseen ja sinkkujen osalta kumppanin etsintään. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000:174-175.)

Seksuaalisuuden muuttuminen sairastumisen myötä vaikuttaa väistämättä parisuhteeseen. Muutokset voivat olla parisuhteen kannalta negatiivisia tai positiivisia. Tiedetään, että avoimuus parisuhteessa paransi suhdetta, kun taas sairauden kieltäminen ja puhumattomuus heikensivät suhdetta kumppaniin. Kumppanin suhtautuminen sairauteen vaikuttaa sairastuneen uuden minäkuvan ja itsetunnon muovautumiseen. (Hautamäki-Lamminen - Kellokumpu-Lehtinen - Lehto - Aalto - Miettinen. 2007: 162.; Hautamäki-Lamminen 2012:67.; Hautamäki-Lamminen - Kellokumpu-Lehtinen - Lehto - Åstedt-Kurki 2010:286). Syöpäpotilaat kokivat myös tärkeäksi, että puoliso ymmärtää syöpähoitojen sivuvaikutusten olevan väliaikaisia. Puolisoiden tiedon lisäämistä sairaudesta ja hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen toivottiin. Lisäksi puoliso haluttiin ymmärtävän sairaudesta johtuvaa seksuaalista haavoittuvuutta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010:289.)

2.5 Rintasyöpäpotilaan ohjaaminen

Ohjauksen ajoituksen yleisenä periaatteena ei ole enää tiedon puute vaan se, että tietoa ei saada oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Tärkeää on, että potilaat osallistetaan omaan hoitoonsa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tarjoamalla tietoa. Ajoitus tiedon antamisessa on tärkeää, sillä liian varhaisessa vaiheessa annetun tiedon vastaanottokyky

saattaa olla rajoittunutta potilaan pelon, hämmennyksen tai vastarinnan takia. Ohjauksen perustuessa potilaan esittämiin kysymyksiin voidaan olla vakuuttuneita, että ohjauksen ajankohta on oikea ja potilas on valmis vastaanottamaan tietoa. Ohjauksessa tärkeää on myös sen jaksottaminen. Tähän vaikuttaa olennaisesti se, että onko asia uusi vai jo ennestään tuttu. Osa potilaista ei kykene vastaanottamaan minkäänlaista tietoa pelon ja tai järkytyksen takia, osa haluaa tietää heti kaiken, mutta ei silti kykene vastaanottamaan hänelle annettua informaatiota. Kirjalliset ohjeet on hyvä antaa ohjattavalle jo varhaisessa vaiheessa, jolloin ohjattava voi rauhassa paneutua niihin ja miettiä itse lisäkysymyksiä seuraavaa ohjaustilannetta varten. (Eloranta – Virkki 2011: 31-32.)

Ohjauksen odotukset on todettu kohdistuvan ohjauksen sisältöön ja laatutekijöihin. Laatutekijöinä pidetään potilaslähtöisyyttä, suunnitelmallisuutta ja ammatillisuutta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010: 282.)

Hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuseen perustuva laadukas potilasohjaus on potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Sen tulee olla riittävää ja vaikuttavaa sekä asianmukaisin resurssein toteutettua. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010: 283.) Hoitohenkilökunnalta vaaditaan aktiivista huomaavaisuutta, avuliaisuutta, laaja-alaisia tiedollisia ja taidollisia valmiuksia ja syvää asiantuntemusta erikoisaloilta. Ohjauksen ollessa asiantuntevaa se edellyttää hoitohenkilökunnalta analyyttistä ajattelua, kokemustietoa, intuitiivista päätöksentekoa, kriittistä reflektiota ja vahvaa tilannetajua. (Korkiamäki - Kurikka - Paavilainen - Salminen-Tuomaala 2008: 259.)

Sairaanhoitajilta vaaditaan poliklinisessä hoitotyössä hyvää tietoperustaa ja ammattitaitoa potilaan sairauksiin liittyen. Tämä on tärkeä osa poliklinikkatoiminnassa, koska se lisää myös sairaanhoitajien itsenäistä päätöksentekoa ja toimintaa potilastyössä. (Kaukonen – Rantanen – Virtanen 2012: 13-15.)

Ohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan taitoihin ja asenteisiin sen ei tule olla pelkäämistä tiedon antamista. Potilaan ohjauksella on todettu olevan positiivinen yhteys potilaan sopeutumisella sairauteen, pelon vähenemiseen, kipulääkityksen tarpeen pienenemiseen ja nopeampaan kotiutumiseen. Useissa tutkimuksissa onkin käynyt ilmi, ettei tietoa anneta potilaiden mielestä riittävästi. (Sihvonen – Timonen 1998: 300-301.) Potilaat odottavat ohjaukselta yhä enemmän tiedollista ja psykososiaalista tukea, kuten tietoa

hoidon sivuvaikutuksista, jatkohoidon suunnittelusta, sairauden vaikutuksesta elämään sekä tietoa sosiaalisista etuuksista. (Eloranta - Katajisto - Leino-Kilpi 2014: 63).

Ohjauksen tiedollisen sisällön lisäksi potilaat tarvitsevat onnistumisen, hallinnan, toivon ja turvallisuuden kokemuksia, jotka mahdollistuvat mikäli ohjaus osataan antaa potilaan yksilöllisyyden ja elämäntilanteen huomioiden Tärkeäksi asiaksi nousee esiin potilaan perheenjäsenten mukaan ottaminen ohjaukseen, tämä edistää potilaan selviytymistä sairauden kanssa. Ohjaukseen tulee olla sisällytettynä tavoitteellista ja selkeää keskustelua potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista. Parhaiten potilaan saa osallistumaan vastuullisesti jatkohoitonsa hänen saadessaan riittävästi tietoa sairaudesta, hoitomenetelmistä, lääkkeistä sekä jatkohoidosta. Kirjallisen materiaalin käyttöä tulee lisätä myös potilasohjauksessa, koska potilaat joutuvat ottamaan vastuuta hoidostaan jo varhaisessa vaiheessa. Laadukkaat potilasohjeet ohjeet ovat loogisesti eteneviä, sisällöltään ja rakenteeltaan selkeitä, informatiivisia, voimaannuttavia ja visuaalisesti havainnollisia. Tekstin tulee olla yksinkertaista, eikä siinä saa olla liikaa lääketieteellisiä termejä. (Kaappola ym. 2010: 22.)

Potilaan ongelmanratkaisu taitoja kehitettäessä neuvontakeskustelu voi auttaa potilasta ymmärtämään paremmin omaa terveyttään koskevia asioita. Tähän sisältyy käsitys siitä mitkä ratkaisutavat ovat hänen kohdallaan toimivia ja mitkä eivät. Voimavarat ovat ihmisestä itsestään lähteviä, eikä kukaan voi antaa niitä kohdehenkilölle. Parhaimmillaan voimavarakeskeinen vuorovaikutus saa potilaan sisäistämään terveyttä edistävät toimintamallit. (Karhila - Kerttunen - Poskiparta 2002: 214-215.)

2.5.1 Läheisen huomiointi rintasyöpäpotilaan ohjauksessa

Sairaaloiden viimeaikaisissa strategisissa ilmauksissa on tuotu näkyvämmiin esille läheisten tukeminen osana potilaan hyvää hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilaan ja perheen välistä vuorovaikutusta, koska sen on todettu parantavan sairaudesta toipumista. Tutkimuksien mukaan potilaat pitävät myös läheisten huomioimista ja yhteistyön kehittämistä osana laadukasta hoitoa. Tutkimukset ovat kumminkin osoittaneet, että läheiset saavat hoitohenkilökunnalta puutteellisesti sekä emotionaalista, että tiedollista tukea. Sairaanhoitajapainotteinen henkilöstörakenne on osoitettu olevan yhteydessä potilaiden hoitotyytyväisyyteen. (Aalto – Kaunonen – Mattila – Ollikainen – Åstedt-Kurki 2009: 295-296). Hyvin toimiva yhteistyö sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä on todettu

parantavan potilaiden hoidonlaatua, tämä lisää myös sairaanhoitajien tyytyväisyyttä työhönsä. Arvioidessa hoitotyötä on entistä enemmän kiinnitettävä huomiota potilaan perheenjäsenten näkökulmaan. (Korkiamäki ym. 2008: 259).

Potilaan sairastuminen vaikuttaa kokonaisuudessa myös muihin perheenjäseniin ja perheen hyvinvointiin. Hoidon aikana on tärkeää huomioida myös perheenjäsenet ja kehittää hoidon perhelähtöisyyttä. Hoitohenkilökunta ovat potilaan ja perheenjäsenen tukijoita, mutta eivät riittävän hyvin tunnista eivätkä selvitä systemaattisesti perheen tarvitsemia tuen tarpeita. Keskeistä tuen tarpeiden tunnistamisen kannalta on potilaan yksilöllinen huomiointi, kuuntelu ja läsnäolo. Perheenjäsenet eivät usein tiedä miten voisivat osallistua hoitoon tai parhaiten tukea potilasta. Läheiset saattavat myös usein pelätä perheen yhtenäisyyden katoamista. (Aalto – Kaunonen – Mattila – Åstedt-Kurki 2010: 31-32.)

Potilaan läheistä ohjatessa tulee huomioida läheisen kyky vastaanottaa tietoa ja tulkita sitä uudessa tilanteessa. Tiedontarpeet ovat yleensä kognitiivisia, emotionaalisia ja praktisia. Läheiset voivat helposti kokea pelkoa ahdistusta sekä syyllisyyttä potilaan tilanteesta. (Korkiamäki ym.2008: 260.)

Syöpäpotilaiden on todettu harvoin tuovan esille henkisen tuen tarpeitaan ja he yleensä esittävät ne erilaisten vihjeiden avulla. Tutkimustuloksissa on tullut esille, että syöpäpotilaat jäävät vaille tarvitsemaansa henkistä tukea. Perheenjäsenten välisessä vuorovaikutuksessa tärkeää on vuorovaikutuksen ylläpitäminen, sillä perheen yhtenäisyys ja keskinäinen tuki kärsii syöpäsairauden aikana. (Aalto ym. 2010: 36.)

Potilaan ja hänen perheenjäsenensä luottaessa hoitajaan he pystyvät paremmin ilmaistamaan tarpeitaan ja tuomaan esille mieltä askarruttavia asioita. Tunnistaessa tuen tarpeita on tärkeää nähdä hiljaisuuden ja sanojen taakse. Sairaanhoitajat kokevat, että he saavat parhaimman käsityksen potilaan tuen tarpeista ja ”oikeasta elämästä” tutustumalla perheen elämäntilanteeseen. (Aalto ym. 2010: 34.)

2.5.2 Seksuaaliohjaus

Rintasyöpä vaikuttaa kokonaisvaltaisesti sairastuneen elämään, myös seksuaalisuuteen. Seksuaaliohjaus on tärkeä osa toimivaa kokonaisvaltaista potilasohjausta. Seksua-

aaliohjaus on tavoitteellista, tilannekohtaista, kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa, yksilöllisesti annettavaa ohjausta, jossa keskeistä on tiedonvälittäminen vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Ryttyläinen – Valkama 2010: 142.)

Naisten rintasyöpä ilmenee seksuaalisuuteen vaikuttavalla alueella ja näin ollen se vaikuttaa naisen minäkuvaan ja kuvaan omasta seksuaalisuudesta välittömästi. Tästä johdettua tietoa seksuaalisuudesta ja sen muutoksista tarvitaan heti sairauden alkuvaiheessa. (Rosenberg 2007:15.) Syöpään sairastuneen seksuaaliohjaus on haasteellista, sillä seksuaaliohjauksen ajoittaminen on vaikeaa. Sairauden alussa shokki ja kuoleman pelko voivat olla päällimmäisiä tunteita, jolloin seksuaalisuus ei välttämättä ole potilaan mielestä ajankohtaista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010:258.; Hautamäki-Lamminen ym.2007: 162-163; Järvinen – Hautamäki-Lamminen – Kellokumpu-Lehtinen 2012: 8-10.)

Tutkimuksista selviää, että potilaat pitävät seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta tärkeänä ja kaikille kuuluvana ikään ja sukupuoleen katsomatta. (Hautamäki-Lammien 2012: 70.) Suullista ohjausta pidetään tärkeimpänä, mutta myös kirjalliset ohjeet koetaan tarpeelliseksi. Alle 60-vuotiaat pitivät seksuaaliohjausta tärkeämpänä kuin yli 60-vuotiaat. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011:19). Seksuaaliohjauksen odotetaan olevan ammatillista, suunnitelmallista, ja potilaslähtöistä. Aloitetta keskusteluun odotetaan hoitohenkilökunnalta. (Hautamäki-Lamminen 2012: 70-71; Hautamäki-Lamminen ym. 2011: 19; Hautamäki-Lamminen ym. 2010: 282-288).

Naisten ja miesten odotukset ohjauksen sisällöstä poikkeavat toisistaan. Naisilla on miehiä suurempi tarve saada keskustella tunteista, sekä saada emotionaalista tukea. Miehet puolestaan haluavat asiatietoa kuten tietoa toiminnallisista ongelmista ja hoitovaihtoehdoista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011: 19.; Hautamäki-Lamminen ym. 2010:288). Seksuaalisuuteen liittyvien tunneasioiden keskustelemisen koetaan helpommaksi hoitajan, kun lääkärin kanssa. Lääkäreiltä odotetaan konkreettista tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. (Hautamäki-Lamminen 2012: 70.; Hautamäki-Lamminen ym. 2010: 285).

Hoitohenkilöstön tulisi tehdä aloite seksuaaliohjaukselle, mutta usein se on jäänyt vaille huomiota. Seksuaaliohjausta ei myöskään anneta riittävän järjestelmällisesti. (Katz 2005:240.; Rasmusson – Plantin – Elmerstig 2013:369.)

Hautamäki-Lammisen väitöskirjasta selviää, että terveydenhuollon ammattilaiset kokevat velvollisuudekseen keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista potilaan kanssa. Selviää, että keskustelut ovat kuitenkin harvinaisia. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat omasta aloitteesta oli ottanut esille syöpätautien osastolla työskentelevistä lääkäreistä 82% ja sairaanhoitajista 29%. Suurin osa, 92% oli keskustellut seksuaaliasioista potilaan aloitteesta. (Hautamäki-Lamminen 2012: 74-75.)

Seksuaalisuuden tiedostetaan olevan osa hoitoa, mutta puheeksi ottamista arastellaan. Hoitajat toivoisivat lisää koulutusta ja konkreettisia apuvälineitä, jolloin aiheen esille tuominen olisi helpompaa. (Järvinen ym. 2012:12.)

2.5.3 Puhelinohjaus

Puhelinohjaus terveydenhuollossa on puhelimen kautta tapahtuvaa ohjeistusta ja neuvontaa, jota terveydenhuollon ammattilainen antaa. Puhelinohjaus voi olla potilaan aloitteesta tapahtuvaa suunnittelematonta toimintaa tai hoitotyön ammattilaisen ennalta suunniteltua ohjausta. (Nikula - Kaakinen - Kyngäs - Kääriäinen 2014:5.)

Puhelinohjausta antavien terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla hyvin koulutettuja, jotta ohjaus olisi laadukasta. Visuaalisuuden puuttuminen tekee puhelinohjauksesta haasteellista, tällöin korostuvat vuorovaikutustaidot kuten äänenkäyttö, kiinnostus ja kiireettömyys. Laadukkaalla puhelinohjauksella voidaan säästää hoitavan yksikön ja potilaan resursseja. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006:78-79; Nikula ym. 2014: 10-11; Tarkiainen – Kaakinen – Kyngäs – Kääriäinen 2012: 111; Booker ym. 2004: 330-332.)

Potilaiden kannalta puhelinvastaanotto on miellyttävä, säästää aikaa ja vähentää stressiä. (Säilä - Mattila – Kaunonen – Aalto 2006: 10). Booker ym. tutkimuksesta ilmenee, että valtaosa radikaalia sädehoitoa eturauhassyöpään saanneista miehistä koki puhelinohjauksen vähintäänkin yhtä hyvänä kuin perinteisen ohjauksen. Tutkimukseen osallistuneista 36:sta miehestä vain yksi piti perinteistä ohjaustyyliä parempana. (Booker ym 2004: 330-332.) Salosen väitöskirjasta puolestaan ilmenee, että rintasyöpäpotilaat, jotka olivat saaneet puhelinohjausta kokivat kehonkuvansa paremmaksi ja heillä oli vähemmän postoperatiivisia sivuvaikutuksia kuin verrokkiryhmällä. (Salonen 2011: 72-73.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta nykyisessä poliklinikkatoiminnassa. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa miten ohjausta voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin rintasyöpäpotilaiden tarpeita HYKS:in uudessa Syöpäkeskuksessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia potilailla on saamastaan ohjauksesta rintasyöpien poliklinikoilla?
2. Minkälaisia toiveita rintasyöpäpotilailla on potilasohjaukseen rintasyöpien poliklinikoille?

4 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

4.1 Määrällinen tutkimus

Opinnäytetyön lähestymistapa on määrällistä- eli kvantitatiivista tutkimusta. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähestymistapana tämä tarkoittaa lähinnä, että tutkimustietoa tuotetaan kyselyin, haastatteluin ja havainnoinnein. Valintamme kvantitatiivisen tutkimuksen käyttöön on se, että kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä ei sovi tilanteeseen, jossa halutaan yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä

Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu käytettäväksi silloin kun on tarkoitus selittää, kuvailla, kartoittaa, vertailla tai ennustaa. (Vilkka 2007: 26). Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys ei ole niinkään uuden tiedon löytäminen tai uuden teorian kehittäminen vaan jo olemassa olevan tiedon vahvistaminen. Tämä tarkoittaa, että kvantitatiivisin menetelmin voidaan rakentaa malleja ja siten teoriaa olemassa olevan tiedon varaan. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen: 2013: 53-65.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on tutkimus tapa, jossa tutkittavia asioita tarkastellaan yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Tutkija saa tutkimustiedon numeroina ja hän tulkitsee ja selittää olennaisen tiedon sanallisesti. Kvantitatiivinen tutkimus keskittyykin siis muuttujiin ja niiden välisiin eroihin. Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu käytettäväksi

hoitotieteessä silloin kun halutaan saada tietoa laajalta joukolta. Suuri vastaaja määrä on myös edellytys kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuudelle, sillä ainoastaan suurella otannalla tutkija pystyy muodostamaan kuvan tutkittavasta asiasta.

Henkilöitä koskevien asioiden tutkimuksessa tutkittava asia muutetaan sellaiseen muotoon että tutkittava sen ymmärtää ja se strukturoidaan. Strukturoinnissa tutkittavat asiat vakioidaan kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi ennalta niin, että kysymykset voidaan esittää kaikille samalla tavalla. (Vilkkä 2007: 13 - 14.)

4.2 Kyselylomake ja sen laadinta

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston keräämiseen voidaan valita kyselylomake, systemaattinen havainnointi, valmiit rekisterit tai tilastot. Kyselylomake on määrällisessä tutkimuksessa tavallisimmin käytetty aineiston keräämisen muoto. Kyselylomake soveltuu käytettäväksi erityisen hyvin silloin, kun halutaan saada tietoa laajalta joukolta tai, kun kysymykset ovat arkaluontoisia. (Vilkkä 2007: 28.)

Ennen kyselylomakkeen laatimista on oltava tietoinen siitä mitä aletaan tutkia. (Vilkkä 2007: 36.) Kyselylomakkeen laadinta alkaa aina huolellisella perehtymisellä kirjallisuuteen. Kirjallisuuden pohjalta luodaan teorioita, jotka auttavat tutkijaa määrittelemään tutkimuksessa käytettävät käsitteet. Käsitteet puolestaan operationalisoidaan mitattavaan muotoon. Täällä tavoin teoreettiset käsitteet voidaan purkaa muuttujiksi, joilla tutkittavaa asiaa voidaan mitata. (Kankkunen ym. 2013: 115.)

Kyselylomakkeen on oltava huolellisesti suunniteltu, sillä siihen on jälkikäteen mahdollonta tehdä lisäyksiä. Tutkimuksen luotettavuus on pitkälti sidoksissa kyselylomakkeen sisältöön joten sitä voidaan pitää kriittisenä vaiheena työn kannalta. (Vehkalahti 2008: 20.) Lomakkeen onnistumisen edellyttää selkeitä ja ymmärrettäviä osioita jotka etenevät loogisessa järjestyksessä. Kyselylomakkeen osiolla tarkoitetaan yksittäistä kysymystä ja mittari on osioista koostuva kokonaisuus. (Vehkalahti 2008: 23-24.) Osiot tulee strukturoida, jotta ne voidaan esittää kaikille samalla tavalla. (Vilkkä 2007: 28-29.) Osioiden puutteellinen suunnittelu voi johtaa siihen, että tutkimuksessa käytetty mittari osoittautuu epäluotettavaksi ja näin ollen myös koko tutkimus on epäluotettava. Lomake tulee aina tarkastaa perusteellisesti etukäteen ennen kuin se jaetaan tutkittaville. (Vilkkä 2007: 63.)

Kyselylomakkeen laadinta olisi ollut haastavaa tehdä opinnäytetyöhön varatun ajan puitteissa ja päädyimme käyttämään valmista mittaria. Käytimme opinnäytetyössämme Annukka Tapiolan ja Piia Pussinen käyttämää mittaria heidän opinnäytetyössään: Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa- Potilaan näkökulma. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Sairaanhoidaja (AMK), Hoitotyö, Opinnäytetyö 17.11.2012. Olemme modifioineet kyselylomakkeen vastaamme meidän työn tarkoituksia.

Kyselylomakkeessa on käytetty Likertin asteikkoa. Likertin asteikko soveltuu hyvin mielipidemittauksiin ja siten soveltuu hyvin tutkimukseemme. Likertin asteikko mittaa asteikon keskikohdasta, toiseen suuntaan saman mielisyyden kasvua ja toiseen suuntaan saman mielisyyden vähenemistä. Likertin asteikossa vastausvaihtoehdot ovat (5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä. (Vilkkä 2007: 46).

Kyselylomakkeeseen on jätetty myös avoimia osioita, jolloin vastaajien oma ääni saadaan kuuluviin. Avoimiin osioihin vastaaja saa vastata omin sanoin esitettyyn kysymykseen. Aineisto analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmaa sekä excel-taulukointia.

4.3 Aineiston keruu

HYKS:n toiveena oli, että kyselyyn vastaisi syövän kanssa jo hetken aikaa eläneitä potilaita ja tästä syystä kyselylomake jaettiin sädehoito-osastolla. Aineisto kerättiin HYKS syöpäkeskuksen sädehoito-osastolla maaliskuun-huhtikuun välisenä aikana. Hoitajat kertoivat potilaille tutkimuksesta, sekä jakoivat kyselylomakkeen satunnaisotoksena. Lomakkeen jaettiin kaikille halukkaille. Kyselylomake jaettiin kirjekuoressa, joka sisälsi saatekirjeen ja tutkimuskysymykset. Kyselylomake palautettiin suljetussa kirjekuoressa suljetuihin laatikkoihin, jotka oli sijoitettu sädehoito-osastolle. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 50:tä kappaletta, joista 25 palautui.

5 Tulokset

5.1 Osallistujien kuvaus

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimus kerättiin HYKS sädehoito-osastolla satunnaisotoksena. Hoitajat kertoivat tutkimuksesta potilaille. Kyselyyn sai vastata kaikki halukkaat. Vastaajista kaikki 25 (100%) oli naisia. Vastaajien keski-ikä oli 57,2 vuotta. Nuorin vastaaja oli 42 vuotias ja vanhin 85 vuotias. Koulutukseltaan vastaajat jakautuivat seuraavasti: Kansakoulu 4 (16.0%), opistotasoinen koulutus 7 (28.0%), Ylioppilas 3 (12.0%), yliopisto- tai muu korkeakoulututkinto 9 (36.0%) vastaajista 8% jätti vastaamatta kysymykseen. Kysymyksessä koskien muuta koulutusta keskikoulu 1 (4%), lähihoitaja 1 (4%), merkantti puutarhuri 1 (4%).

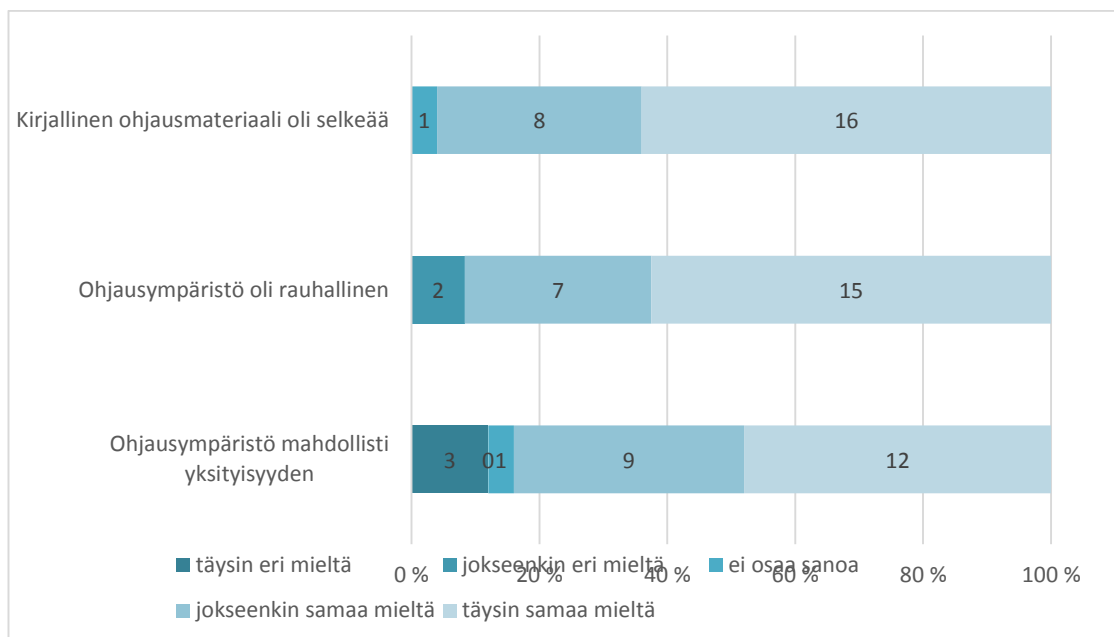
5.2 Tulosten kuvaus

5.2.1 Ilmoittautuminen poliklinikalle sekä ympäristö poliklinikoilla

Vastaajista yhteensä 96 prosenttia koki, että heidät on otettu ystävällisesti/hyvin vastaan poliklinikoilla. Kysymykseen: Ilmoittautumistilanteessa sain riittävästi ohjeistusta päivän kulusta. -Vastaajista täysin samaa mieltä oli 56% ja jokseenkin samaa mieltä oli 32 prosenttia. 12 prosenttia vastaajista ei osannut sanoa.

Taulukossa 1. Vastaajat kokivat, että kirjallinen ohjausmateriaali on ollut selkeää. Vastaajista 64% oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli 32%. Ohjausympäristön rauhallisuudesta vastaajat kokivat niin, että täysin samaa mieltä oli 60% vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli 28% vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 8%. Ohjausympäristö mahdollisti yksityisyyden -kysymyksessä täysin tai jokseenkin samaa mieltä vastaajista oli yhteensä 84%, jokseenkin eri mieltä oli 12%. 4% ei osannut sanoa.

Taulukko 1. Potilaiden kokemukset ohjausympäristöstä sekä kirjallisesta ohjausmateriaalista.



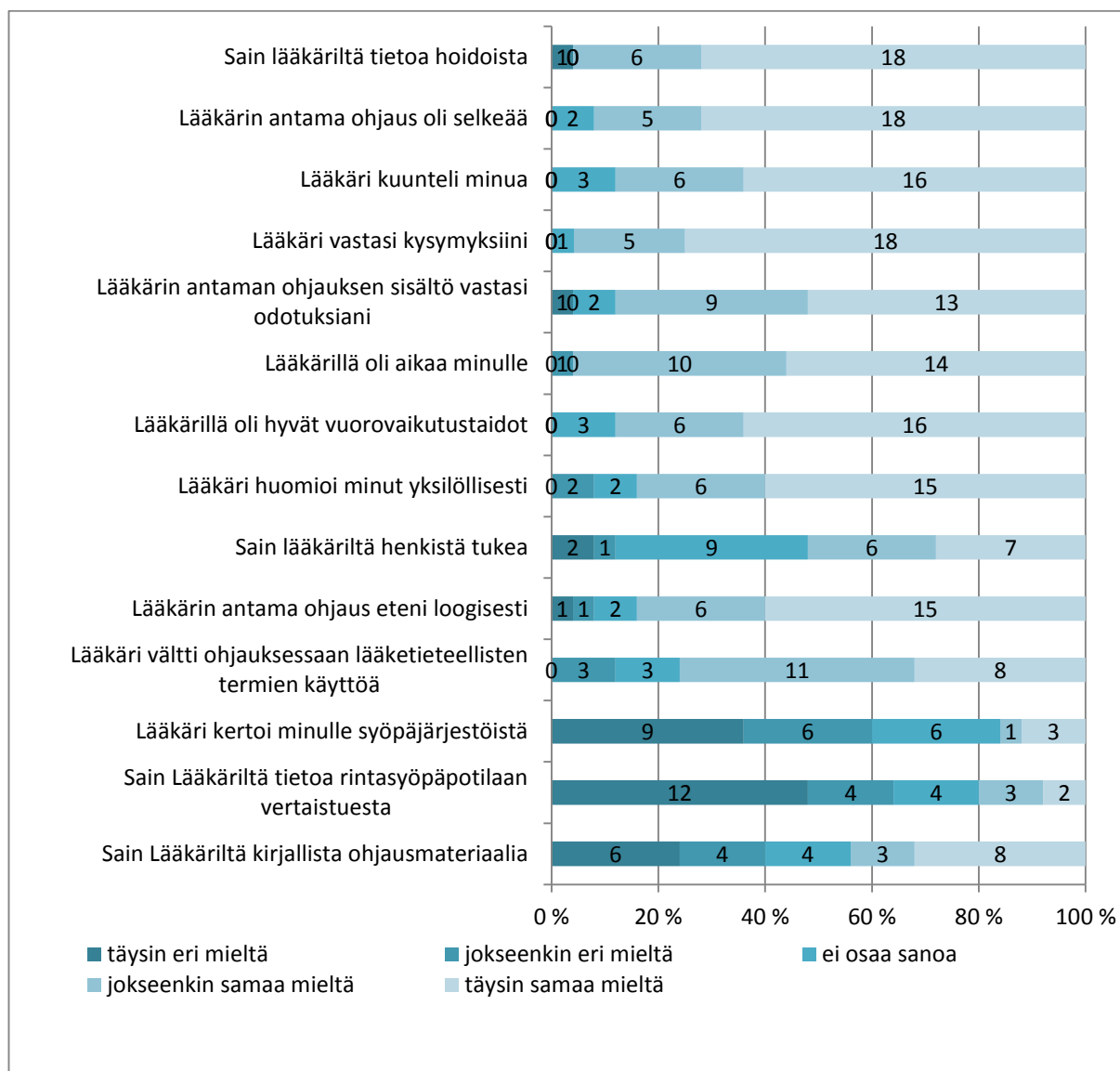
5.2.2 Lääkärin vastaanottokäynti

Taulukko 2. Vastaajien kokemukset lääkäreiden toiminnasta poliklinikoilla. Vastaajista yhteensä 96% oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että saivat lääkäriltä tietoa hoidoista. Lääkärin ohjauksen selkeydestä 72% oli täysin samaa mieltä ja 20% jokseenkin samaa mieltä. Lääkäreiden kuuntelutaidot koettiin niin, että täysin samaa mieltä oli 64% vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 24%. Lääkäri vastasi kysymyksiin kohdassa täysin samaa mieltä vastaajista oli 72% ja jokseenkin samaa mieltä 20% vastaajista. Lääkärin antaman ohjauksen sisältö koettiin niin, että täysin samaa mieltä oli 52%, jokseenkin samaa mieltä 9%, ei osaa sanoa 8%, täysin eri mieltä 45%. Lääkärillä oli aikaa minulle kysymykseen 56% olivat täysin- ja 40 % jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 4% vastanneista. Lääkäreiden hyvistä vuorovaikutustaidoista täysin samaa mieltä oli 64% ja jokseenkin samaa mieltä 24%. Se miten lääkärit huomioivat potilaat yksilöllisesti koettiin pääsääntöisesti hyväksi.

Kysymykseen; Sain lääkäriltä henkistä tukea. -Vastaajista 28% oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 24%. 36% Ei osannut sanoa. Jokseenkin eri mieltä oli 4% ja täysin eri mieltä oli 8% vastaajista. Kysymykseen lääkäri kertoi minulle syöpäjärjestöitä Täysin eri mieltä oli 36% ja jokseenkin eri mieltä oli 24%. 24% ei osannut sanoa. Jok-

seenkin tai täysin samaa mieltä oli 16% vastaajista. Sain lääkäriltä tietoa rintasyöpäpotilaan vertaistuesta Täysin tai jokseenkin eri mieltä oli yhteensä 64% vastaajista. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 20%, 16% ei osannut sanoa. Kirjallisen ohjausmateriaalin saaminen lääkäriltä -kysymyksessä täysin tai jokseenkin eri mieltä oli 40%. Jokseenkin tai täysin samaa mieltä oli 44%, 16 % ei osannut sanoa.

Taulukko 2. Potilaiden kokemukset lääkäreistä

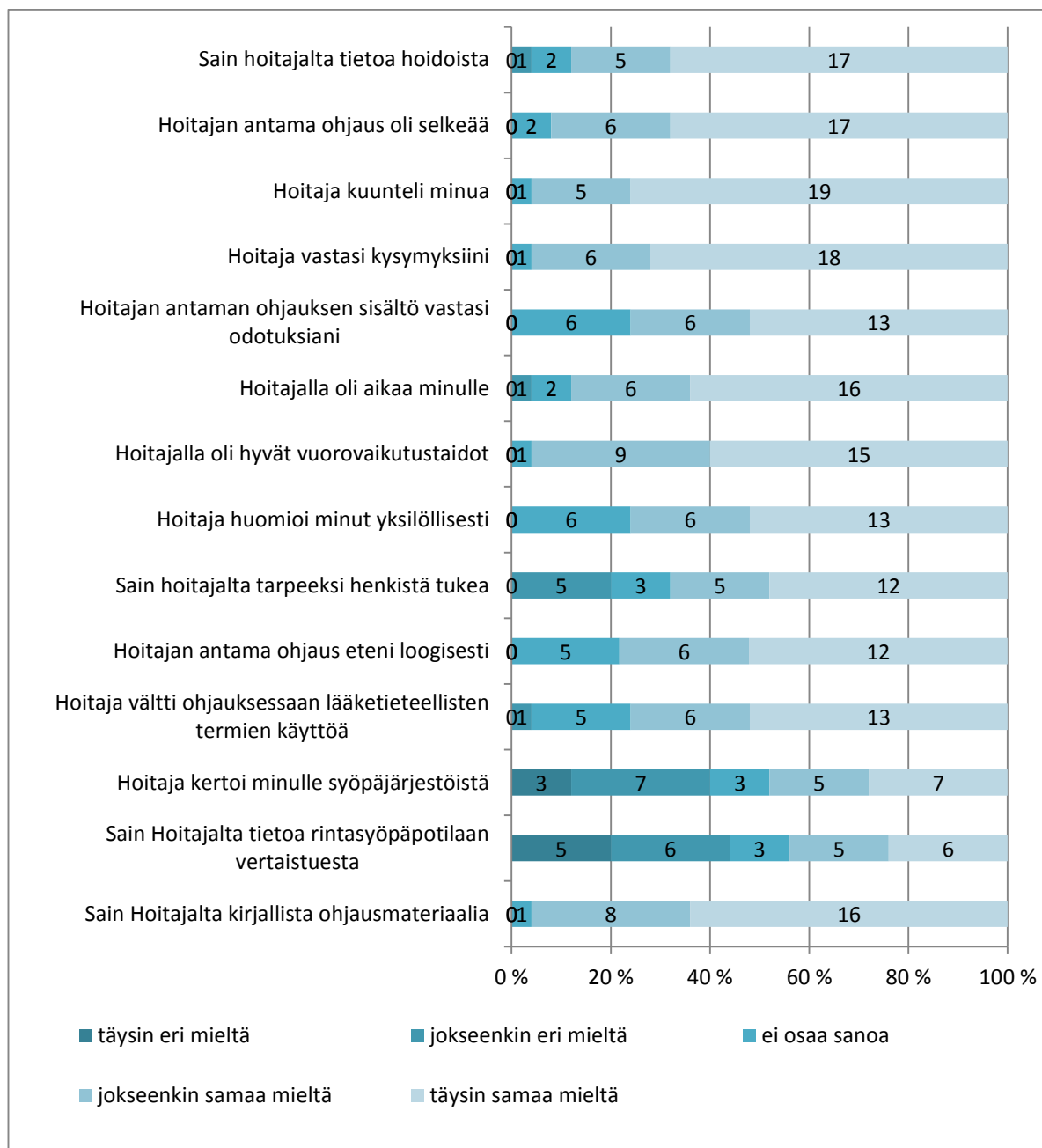


5.2.3 Hoitajan vastaanottokäynti

Taulukko 3. Vastaajien mielipiteet hoitajien toiminnasta poliklinikoilla. Vastaajista yhteensä 88% oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että saivat hoitajalta tietoa hoidoista. Hoitajan ohjauksen selkeydestä 68% oli täysin samaa mieltä ja 24% jokseenkin samaa mieltä. Hoitajien kuuntelutaidot koettiin niin, että täysin samaa mieltä oli 76% vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 20%. Hoitaja vastasi kysymyksiin kohdassa täysin samaa mieltä vastaajista oli 72% ja jokseenkin samaa mieltä 24% vastaajista. Hoitajan antaman ohjauksen sisältö koettiin niin, että täysin samaa mieltä oli 52%, jokseenkin samaa mieltä 24%, 24% ei osannut sanoa. Hoitajalla oli aikaa minulle kysymykseen 64% olivat täysin- ja 24 % jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 4% vastanneista. Hoitajien hyvistä vuorovaikutustaidoista täysin samaa mieltä oli 60% ja jokseenkin samaa mieltä 36%. Se miten hoitajat huomioivat potilaat yksilöllisesti koettiin pääsääntöisesti hyväksi.

Kysymykseen; Sain hoitajalta tarpeeksi henkistä tukea. -Vastaajista 48% oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 20%. 12% ei osannut sanoa. Jokseenkin eri mieltä oli 20% vastanneista. Lääketieteellisten termien käyttöä hoitajat välttivät yhteensä 76% vastaajien mielestä. Kysymykseen hoitaja kertoi minulle syöpäjärjestöistä Täysin eri mieltä oli 12% ja jokseenkin eri mieltä oli 28%, 12% ei osannut sanoa. Jokseenkin tai täysin samaa mieltä oli 48% vastaajista. Sain hoitajalta tietoa rintasyöpäpotilaan vertaistuesta Täysin tai jokseenkin eri mieltä oli yhteensä 44% vastaajista. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 44%, 12% ei osannut sanoa. Kirjallisen ohjausmateriaalin saaminen hoitajalta, täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 96%.

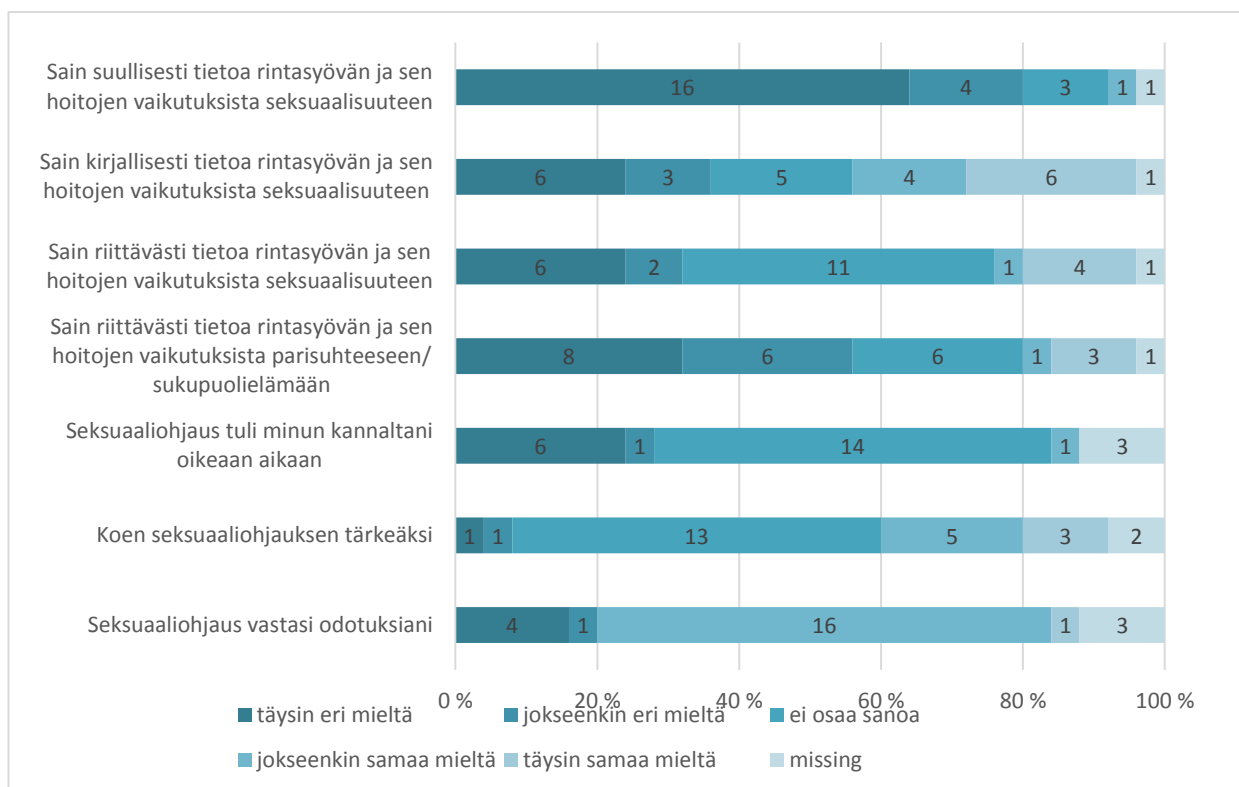
Taulukko 3. Potilaiden kokemuksia hoitajista



5.2.4 Seksuaaliohjaus

Taulukossa 4. Seksuaaliohjauksen osuuden vastaajat kokivat niin, että suullisen tiedon saannin hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen vastaajista täysin- ja jokseenkin eri mieltä oli 80%, jokseenkin samaa mieltä oli 4%, 12% ei osannut sanoa. Kirjallisen tiedon saannin taas vastaajat kokivat niin, että täysin- tai jokseenkin eri mieltä oli 36%, jokseenkin- tai täysin samaa mieltä oli 40%, 20% ei osannut sanoa. Riittävän tiedonsaannin rintasyövästä ja sen vaikutuksesta seksuaalisuuteen vastaajat kokivat, että täysin- tai jokseenkin samaa mieltä oli 20%, täysin- tai jokseenkin eri mieltä oli 32%, 44% ei osannut sanoa. Sain riittävästi tietoa rintasyövän ja sen hoitojen vaikutuksista parisuhteeseen/sukupuolielämään - kysymykseen vastanneet kokivat niin, että täysin- tai jokseenkin eri mieltä oli 56%, täysin- tai jokseenkin samaa mieltä oli 16%, 24% ei osannut sanoa. Ajoin seksuaaliohjauksessa oli vastaajien mielestä niin, että jokseenkin samaa mieltä oli 4%, täysin- tai jokseenkin eri mieltä oli 28%, 56% ei osannut sanoa. Seksuaaliohjauksen koki tärkeäksi yhteensä 32%, 52% ei osannut sanoa, eri mieltä oli yhteensä 8% vastaajista. Seksuaaliohjaus oli vastasi odotuksiani kysymykseen 64% ei osannut sanoa, Täysin samaa mieltä oli 4%, täysin- tai jokseenkin eri mieltä oli 20% vastanneista.

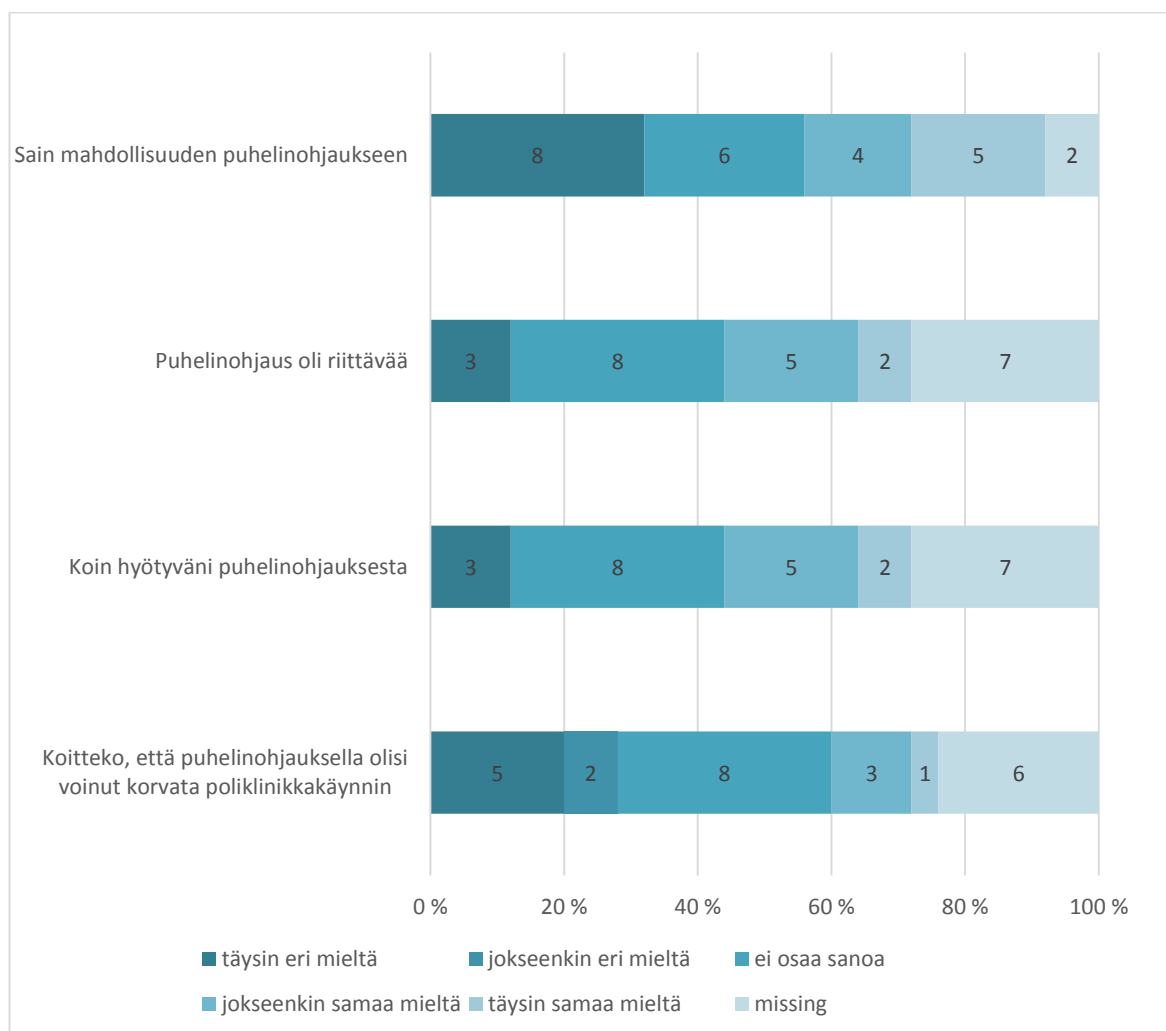
Taulukko 4. Potilaiden kokemukset saamastaan seksuaaliohjauksesta



5.2.5 Puhelinohjaus

Taulukossa 5, puhelinohjaus kohdassa puuttuvia vastauksia oli useita. Mahdollisuuden puhelinohjaukseen sai yhteensä 36% vastanneista. Riittäväksi puhelinohjauksen koki 28% vastanneista. Saman verran vastanneista koki hyötывänsä puhelinohjauksesta. Koittekko, että puhelinohjauksella olisi voinut korvata poliklinikkakäynnin- kysymyksessä täysin - tai jokseenkin samaa mieltä oli 16% vastanneista, täysin- tai jokseenkin eri mieltä oli 28%, 32% ei osannut sanoa.

Taulukko 5. Potilaiden kokemukset saamastaan puhelinohjauksesta.



5.3 Avoimet osiot

Jaetuista 50:tä kyselylomakkeesta palautui 25 joista avoimiin osioihin oli vastannut 18 henkilöä. Palaute oli pääsääntöisesti hyvää ja siinä kiiteltiin hyvästä hoidosta. Negatiivinen palaute koski ajan käyttöä ja ohjausta, jotka koettiin riittämättömiksi. Kehittämisehdotuksissa mainittiin useamman vastaajan kohdalla epäviihtyisät tilat, yksityisyyden puute, sekä liian lyhyt vastaanottoaika. Toinen toistuva teema koski ajankäyttöä, vastaajat kokivat ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa jutella henkilökunnan kanssa.

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia rintasyöpää sairastavilla potilailla oli saamastaan ohjauksesta poliklinikoilla. Opinnäytetyössämme pyrimme myös selvittämään potilaiden toiveita saamastaan ohjauksesta poliklinikoilla.

Opinnäytetyömme toteutettiin määrällisenä tutkimuksena ja kysymykset oli jaettu kuuteen eri osa-alueeseen ohjaamiseen liittyen. Aineistoa analysoidessa ilmeni, että useat vastaajat olivat vastanneet kyselyyn epäjohdonmukaisesti. Vastaajat olivat ympyröineet useita vaihtoehtoja, jättäneet vastaamatta kysymyksiin sekä olivat kirjoittaneet sanallisia vastauksia marginaaleihin. Kyselylomakkeen vastausten perusteella voimme päätellä että opinnäytetyömme ei ole täysin luotettava.

Vastaajista monet olivat täysin- tai jokseenkin samaa mieltä, että heidät oli otettu ystävällisesti/hyvin vastaan ilmoittautumistilanteessa. Vastaajista yksi ei osannut sanoa. Ilmoittautumistilanteessa päivän kulusta saatiin myös riittävästi ohjeistusta. Vastaajista 3 ei osannut vastata kysymykseen ja loput 22 vastajaa olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä.

Kysymyksissä, jotka koskivat lääkärin ja hoitajien toimintaa ohjaustilanteessa oli nähtävissä eroavaisuuksia. Eroavaisuudet tukevat aikaisempaa tietoa aiheesta. (Aalto ym. 2010: 36.) Suurimmat eroavaisuudet lääkärin ja hoitajien välillä koskivat ohjauksen sisältöä ja henkistä tukea. Lääkäreiltä saatiin hoitajia paremmin tietoa sairaudesta ja sen hoidoista. Hoitajat vastasivat puolestaan paremmin potilaiden henkisen tuen tarpeisiin.

Lääkärit ja hoitajat tiedottivat syöpäjärjestöistä ja vertaistuesta heikosti. Kirjallista ohjausmateriaalia jaettiin, mutta hoitajilta materiaalia sai paremmin kuin lääkäreiltä. (Taulukko 2, Taulukko 3.)

Seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä oli nähtävissä paljon epäjohdonmukaisia vastauksia. Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset koettiin mahdollisesti arkaluontoisina, joka osaltaan vaikutti vastauksiin. Vastaaajien ikähajonta vaikutti myös tuloksiin. Osa vastaajista kertoi olevansa jo leski joten tämä osa-alue ei ole heille tarpeellinen. Vastauksista selvisi, ettei seksuaalisuuteen liittyvää tietoa anneta riittävästi. Heikoiten tietoa sai rintasyövän ja sen hoitojen vaikutuksesta parisuhteeseen ja sukupuolielämään. Vastajaat kertoivat muun muassa, että aloite seksuaaliohjaukselle ei tullut hoitohenkilökunnan toimesta, vaan potilaan piti itse ottaa asia puheeksi. (Taulukko 4.)

Kyselylomakkeen vastausten perusteella voimme todeta, ettei seksuaaliohjaus toteudu potilaiden kohdalla riittävän hyvin. Vastaukset tukevat aikaisempaa tietoa. Rinnat ovat osa seksuaali-identiteettiä ja rintasyöpä vaikuttaa sairastuneen seksuaalisuuteen. Jatkossa voisi pohtia miten rintasyöpäpotilaiden seksuaaliohjausta voisi kehittää vastamaan paremmin potilaiden tarpeita. (Rosenberg 2007:15.; Hautamäki-Lamminen ym. 2010:258.; Hautamäki-Lamminen ym.2007: 162-163; Järvinen – Hautamäki-Lamminen – Kellokumpu-Lehtinen 2012: 8-10.)

Määrällisen tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa voidaan erottaa kaksi perustetta Validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo mitattiinko käytössä olleella mittarilla sitä mitä kuuluikin mitata. Reliabiliteetti puolestaan ilmaisee miten tarkasti mitataan. Kyselytutkimuksen onnistumisen edellytyksenä on, että jokainen vastaaja ymmärtää tutkimuskysymykset samalla tavalla. Validiteetti on tutkimuksen kannalta olennaisempi arvo sillä luotettavuuden kannalta on tärkeää mitata oikeaa asiaa. Mikäli validiteetti ei ole kunnossa voidaan reliabiliteettiäkin pitää epäluotettavana.(Vehkalahti 2008: 41.)

Kyselylomake on testattava aina etukäteen ennen varsinaista tutkimuskäyttöä.(Vehkalahti 2008: 48.)

Käytimme opinnäytetyössämme Annukka Tapiolan ja Piia Pussinen kehittämää kyselylomaketta, jonka olimme muokanneet vastamaan opinnäytetyömme tarkoitusta. Annukka Tapiola ja Piia Pussinen olivat esitestanneet kyselylomakkeen Naistenklinikan

osaston R31 hoitajilla. Opinnäytetyössään Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa- Potilaan näkökulma he tulivat tulokseen, että käytetty kyselylomake oli toimiva.

Opinnäytetyömme vastausprosentti oli 50%. Aineistoa analysoidessa ilmeni, että useat henkilöt olivat vastanneet epäjohtonmukaisesti. Vastaajat olivat ympyröineet useamman vaihtoehdon, jättäneet vastaamatta, sekä olivat kirjoittaneet sanallisia vastauksia marginaaleihin. Opinnäytetyömme kyselylomakkeen vastausten perusteella voimme päätellä että opinnäytetyömme validiteettia ja reliabiliteettia voidaan pitää epäluotettavana.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Jokaista tutkimusta ohjaa hyvä tieteellinen käytäntö ja etiikka. Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava vain siinä tapauksessa, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita noudattaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohje 2012:6.) Hyvä tieteellinen käytäntö ja eettinen pohdinta ovat tutkimuksen kulmakiviä alusta loppuun. Työmme jokaisessa vaiheessa pohdimme miten eettiset periaatteet ja hyvä tieteellinen käytäntö toteutuvat.

Tutkimuksen tarve nousi valmisteilla olevan uuden Syöpäkeskuksen kehittämistarpeista ja se toteutettiin osana laajempaa kokonaisuutta. Tutkimuksessa pyrittiin saamaan kuululle potilaan ja hänen läheisensä näkökulma poliklinikka toimintaan liittyen. Tutkimuslupa haettiin HUS:lta. Luvan hankita oli edellytys sille, että tutkimus voitiin suorittaa. Luvalla pyrittiin varmistamaan, että tutkimus vastaa eettisiä arvoja ja periaatteita.

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt valikoituvat siten, että tutkimuksen lopputulos olisi mahdollisimman luotettava. Tietolähteen valinnassa tulee kiinnittää huomiota siihen keitä on otettu mukaan, jotta saavutetaan mahdollisimman luotettava lopputulos. Tietolähteen vääränlainen valinta voi ohjata ja vinouttaa tutkimustuloksia. (Leino-Kilpi – Välimäki 2010: 366.) Tutkimukseen osallistuminen oli potilaille täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen kyselylomakkeet tullaan tuhoamaan silppurissa ja näin ollen kenenkään tutkimukseen osallistuneen vastaukset eivät tule joutumaan kenenkään ulkopuolisen käsiin.

Tutkimuksemme lukeutuu ihmistieteisiin joten siinä tuli huomioida ihmistieteiden eettiset periaatteet. Nämä periaatteet jaetaan kolmeen osa-alueeseen jotka ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingon välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja.(Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009:4.)

Lähteet

Aalto, Pirjo – Kaunonen, Marja – Mattila, Elina – Ollikainen, Jyrki – Åstedt-Kurki, Päivi 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21(4): 294-303.

Aalto, Pirjo – Kaunonen, Marja – Mattila, Elina – Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. *Tutkiva hoitotyö* Vol 8(2): 31-38.

Booker, Jane – Eardley, Anne – Cowan, Richard – Loque, James Wylie – Caress, Ann-Louise 2004. Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evolution of a novel service delivery approach. *European journal of oncology nursing* (8): 325-333.

Cullberg, Johan 1993. Psyykkinen trauma- Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. *A-kliinikkasäätiö n:ro 5*. Painoanson: 22-29.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. *Latvia: Tammi*. 26 - 32.

Eriksson, Elina – Kuuppelomäki, Merja 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. *Porvoo:WSOY*: 12-13, 15, 22-23, 51.

Harju, Eeva – Rantanen, Anja – Tarkka, Marja-Terttu – Åstedt-Kurki, Päivi 2011. Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 23(3): 218-229.

Hautamäki-Lamminen, Katja 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa, tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Tampereen yliopisto, akateeminen väitöskirja. Verkko-dokumentti. Luettu 14.1.2015 <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66885/978-951-44-8760-6.pdf?sequence=1> >

Hautamäki-Lamminen, Katja – Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko – Lehto, Juhani – Aalto, Pirjo – Miettinen, Merja 2007. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* Vol. 20, no 3/-08, 151-165.

Hautamäki-Lamminen, Katja – Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko – Lehto, Juhani – Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaaliohjaus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta?. *Hoitotiede* 22(4): 282-290.

Hautamäki-Lamminen, Katja – Lipiäinen, Liudmila – Åstedt-Kurki, Päivi – Lehto, Juhani – Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa 2011. syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* Vol.9 (3) 14-21.

Huovinen 2013. Terveysportti. Duodecim. Rintasyöpä lääkärin käsikirja. Verkkodokumentti: Luettu 28.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4

Hus. syövän hoito, sädehoito. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/S%C3%A4dehoito.aspx

Jahkola, Tiina – Kuokkanen, Hannu 2007. Terveysportti. Aikakausikirja Duodecim, Rekonstruktiiivinen rintarauhaskirurgia – yhä useammin rintasyövän varhaishoidossa. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Joensuu, Heikki – Leidenius, Marjut – Huovinen, Riikka 2013. Terveysportti. Duodecim oppikirjat, miehen rintasyöpä. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=syt00276&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Joensuu, Heikki – Huovinen, Riikka 2013. Terveysportti. Duodecim oppikirjat, rintasyövän postoperatiivinen sädehoito. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=syt00268&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Joensuu, Heikki – Huovinen, Riikka – Leidenius, Marjut 2013. Terveysportti. Duodecim oppikirjat, levinneen rintasyövän hoitomenetelmät. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=syt00273&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Joensuu, Heikki - Rosenberg-Ryhänen, Leena 2014. Rintasyöpäpotilaan opas. Redfina Oy 3. Uudistettu painos: 32-33.

Johansson, Risto 2012. Terveysportti. Lääkärinkirja Duodecim, tietoa potilaalle: solunsalpaajat eli sytostaatit. Verkkodokumentti: < Luettu 1.12.2014> <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Järvinen, Salla – Hautamäki-Lamminen, Katja – Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa, pilottina syöpä ja seksuaalisuus. THL julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 3.1.2015.: <http://www.thl.fi/documents/10531/95751/Raportti%202012%2025.pdf>

Kaappola, Anu – Kurikka, Sirpa – Leikkola, Päivi – Paavilainen, Eija – Salminen-Tuomaala, Mari – Vanninen, Johanna 2010. Tutkiva Hoitotyö Vol 8(4): 21-28.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 53-65

Kataja, Vesa 2008 .Syöpäsäätiön julkaisuja-No 9 2008: 78-79. Verkkodokumentti: Luettu 1.12.2014. <http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/a22e307391e333f5e34d2c6abc76e176/1417707347/application/pdf/52520449/FocusO_2008_verkko.pdf>

Kaunonen, Marja – Rantanen, Anja – Virtanen, Tuija 2012. Polikliinisen hoitotyön autonomiaa edistävät tekijät. Tutkiva hoitotyö Vol. 10(1): 13-20.

Katz, Anne 2005. The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. Journal of clinical oncology. 23 (1): 238-241.

Kuuppelomäki, Merja 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Tampere: Oy Tamara Press. 75

Lehto, Veli-Pekka – Stenbäck, Frej 2012. Terveysportti. Duodecim oppikirjat. Karsinogeenit. Verkkodokumentti: Luettu 1.10.2014.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=pat00021&p_haku=karsinogeeni>

Leidenius, Marjut – Tasmuth, Tiina – Jahkola, Tiina – Saarto, Tiina – Utriainen, Meri – Vaalavirta, Leila – Tiitiainen, Aila – Idman, Irja 2010. Terveysportti. Lääketieteellinen aikakausikirja ja Duodecim, rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastuvuus. Verkkodokumentti: Luettu 12.12.2014..<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98827&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4%20hoito>

Leidenius, Marjut – Joensuu, Heikki 2010. Terveysportti. Aikakausikirja Duodecim, rintasyövästä paranee yhä useampi, mutta paraneeko myös elämänlaatu?. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014.<[lia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98824&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98824&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4)>

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2010. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY. 366-367.

Mesiäislehto-Soukka, Helinä – Paavilainen, Eija – Rajamäki, Maria 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva hoitotyö Vol.2(3): 28-32.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 13.1.2015.<http://www.ppshp.fi/instance/data/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf>

Nikula, Janne – Kaakinen, Pirjo – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijän arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 2014 Vol.12 (2): 4-11

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014. Terveysportti. Hoitoketjut, rintasyöpä. Verkkodokumentti: Luettu 1.12.2014.<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4> Luettu 1.12.2014

Pukkala, Eero – Dypa, Tadeusz – Hakulinen, Timo – Sankila, Risto 2006. Syöpä 2015, syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006. Suomen syöpärekisteri. Verkkodokumentti. <http://www.cancer.fi/@Bin/52456271/image_61_2.pdf>

Pukkala, Eero – Risto, Sankila – Matti, Rautalahti 2011 Syöpä Suomessa 2011, syöpäjärjestöjen julkaisuja 2011. Suomensyöpärekisteri. Verkkodokumentti: Luettu 18.10.2014.<http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/c588d6b50307329e9b5976a5e05ed39c/1413728811/application/pdf/65401759/syopa%20suomessa%202011_web.pdf>

Rasmusson, E-M – Plantin, L – Elmerstig, E 2013. Did they think I would understand all that on my own? A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. European journal of cancer care (22) 361-369.

Rosenberg, Leena 2007. Suomen syöpäpotilaat ry, seksuaalisuus ja syöpä. Verkkodokumentti Luettu 13.12.2014:< <http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/152342801c4f4f9357d096dd14541824/1420552916/application/pdf/50026/syopajaseksuaalisuus.pdf>>

Ryttyläinen, Katri - Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki. Edita Prima. 142.

Saari, Salli 2011. Jyväskylä 21-22.9.2011, Kriisityön koulutuspäivät, luentomateriaali. Verkkodokumentti: Luettu 12.12.2014

.<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fkoskeverkko.fi%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F02%2FKriisityon_koulutuspaivat>

Salonen, Päivi 2011. Quality of life in patients with breast cancer, A prospective intervention study. University of Tampere. Verkkodokumentti: Luettu 12.1.2015

<<http://www.uta.fi/ajankohtaista/vaitokset/arkisto/tiedote.html?id=66759>>

Sand, Olav – Sjaastad, Øystein V – Haug, Egil – Bjålie, Jan G – Toverud, Kari C – Hekkanen, Raila 2011. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY. 57-59.

Sankila 2010. Terveysportti. Duodecim. Lääketieteellinen aikakausikirja duodecim, kuka sairastuu rintasyöpään.. Verkkodokumentti: Luettu 28.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98823&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Sihvonen, Marja – Timonen, Leena 1998. Rintasyöpäpotilaan ohjaus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla. Hoitotiede Vol. 10, no 5/-98: 299-308.

Suhonen, Riitta – Välimäki, Maritta – Österberg, Kari 2004. Polikliinisen hoidon laatu-potilaan näkökulma. Tutkiva hoitotyö Vol. 2(3): 22-27.

Suomen syöpärekisteri 2010, Joukkotarkastukset, rintasyövän seulonta. Verkkodokumentti: Luettu 28.11.2014. <<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/joukkotarkastusrekisteri/ammattilaisille/rintasyovan-seulonta/>>

Syöpäjärjestöt 2013 a. Kun sairastut, syöpäjärjestön julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 20.10.2014. <<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/ensitieto/>>

Syöpäjärjestöt 2013 b. Syövän ehkäisy, syöpäjärjestöjen julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 20.10.2014. <http://www.cancer.fi/syopajarjestot/toiminta/terveyden_edistaminen/>

Syöpäjärjestöt 2013 c. Tietoa syövästä, rintasyöpä, syöpäjärjestön julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 28.11.2014. <<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>>

Syöpäjärjestöt 2013 d. Tietoa syövästä, rintasyövän hoito, syöpäjärjestön julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 28.11.2014. <<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>>

Syöpäjärjestöt 2013 e. Tietoa syövästä, solunsalpaajat eli sytostaatit, syöpäjärjestön julkaisuja. Verkkodokumentti: Luettu 1.12.2014. <<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/solunsalpaajat/>>

Säilä, Tiina – Mattila, Elina – Kaunonen, Marja – Aalto, Pirjo. Poliklinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2006. Verkkodokumentti: Luettu 10.1.2015. <<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pshp.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D418%26GUID%3D%257BF90E74A>>

Tarkiainen, Kaisa – Kaakkinen, Pirjo – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyksyksiköissä. Hoitotiede 2012, 24 (2): 98-113

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Humanistinen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi, tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2009. Verkkodokumentti: Luettu 23.10.2014 <<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2012. Verkkodokumentti: Luettu 23.10.2014. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi 41-

Vehmanen, Leena 2012 a. Terveysportti. Lääkärinkirja Duodecim, tietoa potilaalle, paikallisen rintasyövän hoito. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Vehmanen, Leena 2012 b. Terveysportti. Lääkärinkirja Duodecim, tietoa potilaalle, rintasyöpä toteaminen ja ennuste. Verkkodokumentti: Luettu 28.11.2014 . <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00618&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Vehmanen, Leena 2012 c. Terveysportti. Lääkärinkirja Duodecim, tietoa potilaalle, rintasyövän uusiutuminen. Verkkodokumentti: Luettu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00467&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi. 13-14, 26

WHO. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2010: 1-61. Verkkodokumentti: Luettu 28.01.2015 <<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CClQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bzga-whocc.de%2Fpdf.php%3Fid%3D03e70bf48f92ddfe60b2467093706f99&ei=h6rIV-JLI0uLuyQPJ-oGoBQ&usq=AFQjC>>

Saatekirje

Arvoisa potilaamme

Olette olleet hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) .

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opin-
näytteeksi tarkoitettu tutkimus: Rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauk-
sesta poliklinikoilla. Sen tarkoituksena on HUS/ HYKS:in uuden kehitteillä olevan Syö-
päkeskuksen poliklinikkatoiminnan parantaminen. Tutkimus pyrkii selvittämään rinta-
syöpäpotilaan kokemuksia ohjauksesta nykyisessä poliklinikkatoiminnassa. Tavoitteena
on selvittää miten rintasyöpäpotilaat kokevat saamansa ohjauksen poliklinikoilla tällä
hetkellä ja miten ohjausta voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin rintasyöpäpotilaiden
tarpeita HYKS:in uudessa Syöpäkeskuksessa.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa
tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimuksen suorittajana ovat Metropolia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat
Anniina Jaakkola ja Katariina Kajo.

Olette saanneet tämän kyselykaavakkeen hoitajalta. Kyselykaavake annetaan 30:lle sä-
dehoito-osastolle saapuvalle rintasyöpäpotilaalle. Kyselyyn vastaaminen vie joitakin mi-
nutteja. Tämän kyselykaavakkeen voitte palauttaa suljetussa kirjekuoressa palautus-
laatikkoon. Sädehoito-osastolla on neljä kappaletta palautuslaatikoita, kyselykaavak-
keen voitte palauttaa mihin tahansa näistä laatikoista.

Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman ni-
meänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallis-
tumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja tästä tutkimuksesta antaa:

-Osastonhoitaja Heli Seppälä, Heli.Seppala@hus.fi

- Sairaanhoitajaopiskelija Anniina Jaakkola, Anniina.Jaakkola@metropolia.fi
- Sairaanhoitajaopiskelija Katariina Kajo, Katariina.Kajo@metropolia.fi

Liitteen sisältö

Kyselylomake

Kyselylomakkeen täyttöohje

Olkaa hyvä ja vastatkaa kohdan "taustatiedot"-kysymyksiin ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin vastatkaa omin sanoin kysymykselle varatulle tilalle.

Kysymyksissä, joissa teille on annettu vaihtoehdot 5:stä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat: 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa

2= jokseenkin eri mieltä, 1 =täysin eri mieltä.

Taustatiedot:

1. Sukupuoli a.) Nainen
 b.) mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Kotipaikkakunta: _____

4. Koulutus a.) Kansakoulu
 b.) Opistotasoinen koulutus
 c.) Ylioppilas
 d.) Yliopisto-tai muu korkeakoulututkinto
 c.) Joku muu, mikä?

Kysymyksissä, joissa teille on annettu vaihtoehdot 5:destä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat 5=täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3=ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Ilmoittautuminen poliklinikalle:

5. Minut otettiin ystävällisesti/hyvin vastaan	5	4	3	2	1
6. Ilmoittautumistilanteessa sain riittävästi ohjeistusta päivän kulusta	5	4	3	2	1

Ilmoittautumisen jälkeen potilas tapaa lääkärin tai hoitajan

Kysymyksissä, joissa teille on annettu vaihtoehdot 5:destä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat 5=täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3=ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Lääkärin vastaanottokäynti

7. Sain lääkäriltä tietoa hoidoista	5	4	3	2	1
8. Lääkärin antama ohjaus oli selkeää	5	4	3	2	1
9. Lääkäri kuunteli minua	5	4	3	2	1
10. Lääkäri vastasi kysymyksiini	5	4	3	2	1
11. Lääkärin antaman ohjauksen sisältö vastasi odotuksiani	5	4	3	2	1
12. Lääkärillä oli aikaa minulle	5	4	3	2	1

13. Lääkärillä oli hyvät vuorovaikutustaidot	5	4	3	2	1
14. Lääkäri huomioi minut yksilöllisesti	5	4	3	2	1
15. Sain lääkäriltä henkistä tukea	5	4	3	2	1
16. Lääkärin antama ohjaus eteni loogisesti	5	4	3	2	1
17. Lääkäri vältti ohjauksessaan lääketieteellisten termien käyttöä	5	4	3	2	1
18. Lääkäri kertoi minulle syöpäjärjestöistä	5	4	3	2	1
19. Sain Lääkäriltä tietoa rintasyöpäpotilaan vertaistuesta	5	4	3	2	1
28. Sain Lääkäriltä kirjallista ohjausmateriaalia	5	4	3	2	1

Hoitajan vastaanottokäynti

21. Sain hoitajalta tietoa hoidoista	5	4	3	2	1
22. Hoitajan antama ohjaus oli selkeää	5	4	3	2	1
23. Hoitaja kuunteli minua	5	4	3	2	1
24. Hoitaja vastasi kysymyksiini	5	4	3	2	1
25. Hoitajan antaman ohjauksen sisältö vastasi odotuksiani	5	4	3	2	1
26. Hoitajalla oli aikaa minulle	5	4	3	2	1
27. Hoitajalla oli hyvät vuorovaikutustaidot	5	4	3	2	1

28. Hoitaja huomioi minut yksilöllisesti	5	4	3	2	1
29. Sain hoitajalta tarpeeksi henkistä tukea	5	4	3	2	1
30. Hoitajan antama ohjaus eteni loogisesti	5	4	3	2	1
31. Hoitaja vältti ohjauksessaan lääketieteellisten termien käyttöä	5	4	3	2	1
32. Hoitaja kertoi minulle syöpäjärjestöistä	5	4	3	2	1
33. Sain hoitajalta tietoa rintasyöpäpotilaan vertaistuesta	5	4	3	2	1
34. Sain hoitajalta kirjallista ohjausmateriaalia	5	4	3	2	1
35. Kirjallinen ohjausmateriaali oli selkeää	5	4	3	2	1

Kysymyksissä, joissa teille on annettu vaihtoehdot 5:destä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat 5=täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3=ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Ympäristö poliklinikalla

36. Ohjausympäristö oli rauhallinen	5	4	3	2	1
37. Ohjausympäristö mahdollisti yksityisyyden	5	4	3	2	1

Kysymyksissä, joissa teille on annettu vaihtoehdot 5:destä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat 5=täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3=ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

38. Sain suullisesti tietoa rintasyövän ja sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen	5	4	3	2	1
39. Sain kirjallisesti tietoa rintasyövän ja sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen	5	4	3	2	1
40. Sain riittävästi tietoa rintasyövän ja sen hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen	5	4	3	2	1
41. Sain riittävästi tietoa rintasyövän ja sen hoitojen vaikutuksista parisuhteeseen/sukupuoli-elämään	5	4	3	2	1
42. Seksuaaliohjaus tuli minun kannaltani oikeaan aikaan	5	4	3	2	1
43. Koen seksuaaliohjauksen tärkeäksi	5	4	3	2	1
44. Seksuaaliohjaus oli vastasi odotuksiani	5	4	3	2	1

45. Kuka teki aloitteen seksuaaliohjaukselle? (ympäröikää kaikki ne vaihtoehdot, jotka koskettavat teitä)

- 1) Lääkäri
- 2) Hoitaja
- 3) Minä itse
- 4) Muu, kuka? _____

46. Keneltä toivoisin saavani seksuaaliohjausta? (ympyröikää kaikki ne vaihtoehdot, jotka koskettavat teitä)

- 1) Lääkäriltä
- 2) Hoitajalta
- 3) Muulta, keneltä?
- 4) En koe tarvitsevani seksuaaliohjausta

Puhelimessa tapahtuva ohjaus on osa poliklinikoilla annettavasta ohjauksesta.

Kysymyksissä, joissa teille on annettu vaihtoehdot 5:destä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat 5=täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3=ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

47. Sain mahdollisuuden puhelinohjaukseen	5	4	3	2	1
48. Puhelinohjaus oli riittävää	5	4	3	2	1
49. Koin hyöttyväni puhelinohjauksesta	5	4	3	2	1
50. Koitteko, että puhelinohjauksella olisi voinut korvata poliklinikkakäynnin	5	4	3	2	1

Tähän voitte omin sanoin kertoa miten olette kokeneet ohjauksen poliklinikoilla?

Tähän voitte omin sanoin kertoa miten kehittäisitte poliklinikalla annettavaa ohjausta?

Kiitos osallistumisestanne!